

普及肝病知识

指导肝病康复

肝博士

2015年第1期(双月刊) 总第62期

欢度佳节小心肝

乙肝妈妈怎么生育健康宝宝

乙肝抗体去哪儿了?

八年“抗战”，何时是头

封面报道

以高度的责任心和爱心做一名好医生

——访北京大学第一医院感染性疾病科主任王贵强教授

零售价10元

ISSN 1673-0550



9 771673 055154

02

《中文科技期刊数据库》(维普网)全文收录
中国唯一大众肝病科普教育杂志
中国期刊全文数据库全文收录期刊
中国学术期刊综合评价数据库来源期刊



国际标准刊号: ISSN 1673-0550 国内统一刊号: CN50-1171/R 邮发代号: 78-155

多措并举， 助力肝病患者自我管理



虽然肝炎属于传染病，但根据其特征，仍可归入慢性病的范畴。从这个意义上来说，肝脏疾病绝大多数都属于慢性病。在慢性病的治疗过程中，院内治疗只是一个极小的部分，而要使疾病进展得到控制、疾病得以治愈，甚至维持良好的生活质量，都离不开患者的自我管理。

慢性病的自我管理包括两个方面：一是针对疾病的自我管理，一是针对自身情感的管理。疾病的管理包括认识、预防疾病，更为重要的是增强依从性，按医生规定进行治疗和随访，以及与医嘱一致的日常生活习惯。情感管理的范围更为广泛，包括处理和应对疾病所带来的各种情绪，如愤怒、恐惧、悲伤和挫败感等。

然而，肝病患者在疾病自我管理方面还存在诸多问题。据相关资料报道，我国乙肝患者接受抗病毒治疗的比例不足10%，规范化治疗的比例更低；有报告的丙肝患者只占实际患者的2.2%左右，其中接受抗病毒治疗的仅1%左右；脂肪性肝病在发达城市的发病率超过20%，而大众对其发病、治疗的认识还远远不够；超剂量、超疗程、甚至自行用药所致肝损伤的患者临床屡见不鲜……另一方面，社会上充斥着大量虚假诊疗、药品广告，由于对肝病认识不足而上当受骗者数不胜数，为后期的处理带来严重困难。而由于肝病，特别是肝炎带来的对家庭、事业、社交的忧虑也困扰着众多患者及其家人。

作为国内惟一的肝病科普杂志，《肝博士》一直致力于“普及肝病知识，指导肝病康复”，赢得了众多读者的喜爱。2015年，我们将在线上和线下两个方面为助力肝病患者自我管理做出更多努力。线下，在前期读者调查的基础上，对《肝博士》杂志栏目等作出部分优化，使内容更加贴近读者需求；在合适的时候开通肝病心理辅导栏目，指导肝病患者科学地调节情绪，乐观地面对疾病；组织编写“乙肝患者全程管理50条意见”，指导慢性乙肝患者的治疗和随访；定期举办“肝博士健康大讲堂”活动，邀请专家作专题科普讲座并现场解答参会者的疑惑；将杂志覆盖至县级及以上医院的肝病、感染科门诊、病房，让更多患者可以读到《肝博士》。线上，我们开通了“肝博士”微信号，每日发布肝脏保健、肝病防治信息，让普及的速度更快，普及面更广；开发了“肝友汇”APP，让患者可以更容易地找到专业的肝病医生进行咨询，科学、个体化地了解疾病及治疗情况；进一步完善网站，将科普讲座的视频、音频、PPT等资料进行展示，让更多的患者通过在线方式学习……

“积跬步以至千里，积小流以成江海”，《肝博士》将线上线下多措并举，助力肝病患者自我管理，以更好地预防肝病、控制肝病、治愈肝病！

重庆医科大学附属第二医院
肝博士杂志社

求知如采金坚持不懈
治学似架梁根底扎实
对病人献爱心责任心
繁荣学术交流无国界

以高度的责任心和爱心做一名好医生

——访北京大学第一医院感染疾病科主任王贵强教授

本刊记者：东来

人物档案

王贵强：教授，主任医师，博士研究生导师。现任北京大学第一医院感染疾病科主任，兼肝病中心主任，北京市内科（传染病）重点学科带头人。中央保健局保健会诊专家，北京市首批科普专家等。兼任中华医学会感染病学分会候任主任委员、自然疫源性病学组组长、病毒性肝炎学组副组长，中国医师协会理事，感染科医师分会副会长，卫生部卫生标准委员会委员，卫生部合理用药专家委员会抗菌药物专业组委员，中央保健会诊专家，中国免疫学会感染免疫分会常委，中华预防医学会医疗机构公共卫生管理分会委员，北京市医师协会常务理事，北京市医师协会感染科医师分会会长，澳大利亚Griffith大学环境和人类健康中心客座教授。美国感染病学会会刊《临床感染病杂志》（*Clinical Infectious Diseases*）编委（大陆惟一）和亚太地区肝病研究会会刊《国际肝病》（*Hepatology International*）编委，《中华传染病杂志》副总编辑，《中华医学杂志英文版》《中华内科杂志》《中华肝脏病杂志》等十余种核心期刊编委。



以博大的爱心对待每一位患者

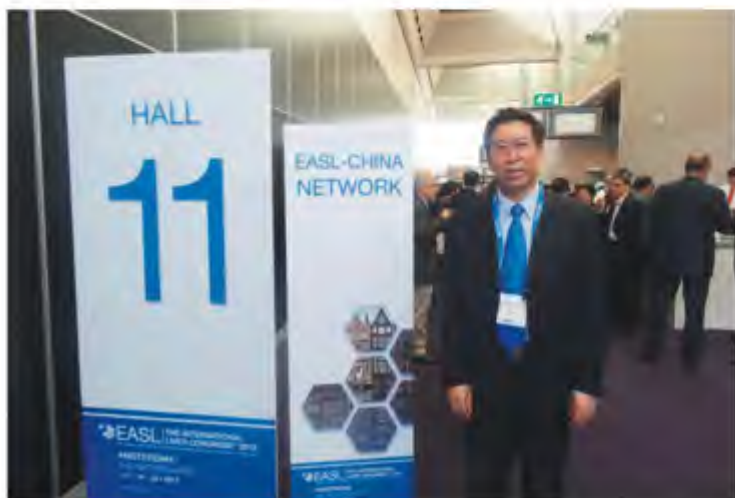
做一名好医生首先要有高度责任心和同情心，然后自然会努力学习以获得精湛的医术。这既是王贵强教授对科里医生的要求，也是他自己切身的体验。30多年前王贵强还在临床专业课学习时便对医学产生了浓厚的兴趣并由此爱上了医学，于是立志将救死扶伤作为自己的终身职业，并决心做一名好医生。在临床工作面对患者时，王贵强总是从患者的角度考虑问题，对患者高度负责、耐心细致，对技术精益求精，以博大的爱心对待每一位患者，受到了患者和家属的高度评价。

不放过任何一个异常临床所见，最大限度地使患者受益



医学是经验医学，但不能唯经验，应该学会在书本中、前人的经验中和文献中积累自己的经验。在临床工作中，王贵强善于理论联系实际，解决临床疑难问题。正是由于不断学习文献，总结经验，联系实际，王贵强曾多次独立诊断从未见过的疾病，如“莱姆病”和“原发性胆汁性肝硬化”等。

1987年，我国学者在黑龙



江海林地区发现“莱姆病”并进行了报道，王贵强及时了解到该病的特点并进行摘录。1989年底，刚刚研究生毕业参加工作不久，病房来了一位大兴安岭地区的患者，按照“森林脑炎”收入院，但没有明显的神经系统体征，主任查房认为不像“森林脑炎”。由于先期曾经看到有关“莱姆病”的相关论文，加上主任的意见，王贵强立即翻阅读书笔记，发现该患者的表现很像“莱姆病”，就提出自己的想法并对患者做了进一步检查，通过暗视野显微镜观察到“螺旋体”而确诊，然后针对性应用抗生素使患者痊愈。在诊治过程中，文献描述的“游走性红斑”没有在该患者身上发现，他一直没有放弃，进一步查阅文献发现，个别患者“红斑”可以很大，可达70 cm X 20 cm，根据这个线索，又在患者身上反复寻找，终于发现整个前臂就是一个“游走性红斑”。至此，王贵强完整地学习了有关“莱姆病”的临床特征和治疗，印象深刻，也尝到了“求甚解”的甜头。

在20世纪90年代初，国内对自身免疫性肝病，尤其是原发性胆汁性肝硬化还没有普遍认识。当时王贵强遇到1例肝病患者，发现其ALT升高，胆红素升高，同时表现为GGT明显升高却无法解释。他通过文献检索认识了“原发性胆汁性肝硬化”，并采用激素和熊胆胶囊对患者进行了有效治疗。回国后，王贵强继续关注自身免疫性肝病的诊断和治疗，并在全国各地讲授自身免疫性肝病，使该病逐渐被认识，使更多的患者得以诊断和有效治疗。

在临床工作中勇于探索、创新

大学毕业后，王贵强被分配在阜新市传染病院工作。当时该院大量的肝硬化食管胃底静脉曲张出血患者，由于没有及时采取外科治疗而死亡。王贵强把在实习期间学习到的三腔两囊管压迫止血技术，首次在该院应用于食管胃底静脉曲张出血的患者，使患者获得了新生的机会。此后无论是节假日还是夜间，王贵强常常被叫去做三腔管治疗。通过大量的实践，王贵强总结出三腔管



应用的技巧，并进行了多个改进，如，在三腔管压迫时，患者常常难以忍受局部压迫而放弃治疗并拔管，导致再次出现食管胃底静脉曲张出血而死亡。经过查阅文献王贵强了解到，鼻前庭神经丰富，痛觉敏感，而咽后壁神经相对少，因此首创以 15° ~ 30° 角牵拉取代传统水平牵引的方式，使牵引着力点在于咽后壁，减轻了鼻前庭压迫疼痛。患者疼痛减轻后，耐受性增强，使得这种救命的办法更利于被患者接受。

在传染病院工作期间，肝硬化顽固性腹水是另外一个晚期肝硬化并发症，单纯放腹水需要同时输注白蛋白，花费昂贵，且由于腹腔压力增加，不利于肾灌注，常常因为病情难以控制而发展为肝肾综合征等，最终导致患者死亡。王贵强根据当时发表在《实用内科杂志》上的有关“腹水直接回输治疗顽固性腹水”的文章，通过细心研究和摸索，在医院首次将该技术用于顽固性腹水的治疗。通过治疗，一方面降低了腹腔内压力，减轻了患者痛苦；另一方面有效提高了血容量，减少了白蛋白和水分流失，

增加了肾灌注，获得了很好的治疗效果。

2002年，一位河南慢性重型肝炎患者，病情危重需要进行肝移植，在等待供肝过程中，王贵强教授首次应用拉米夫定进行抗病毒治疗，病人最终抢救成功，没有进行肝移植，至今已经逾十年，不但肝功能稳定，还能正常工作。

做医生要通晓病理生理学，要“求甚解”，“知其然，知其所以然”。医学强调记忆，但死记硬背到了临床实践就出现了问题，在理解的基础上记忆是王贵强教授自己总结的经验。

积极参与公共卫生应急和救援工作

2003年，北京SARS流行初始，王贵强教授以传染病医师的敏感性意识到该病的危害，建议医院门诊和病房医护人员在诊治发热患者时戴口罩，注意个人防护。在北大医院出现首例患者时，王贵强教授积极参加会诊和治疗方案制订，建言献策，配合

院领导设计重新启用的旧病房楼，用于SARS患者的集中收治，避免了院内感染的发生。王贵强教授不仅负责SARS主诊和会诊工作，还承担了大量普通传染病重症患者的救治，因此获得北京市“抗击非典先进个人”称号，所在的科室也获得了北京市“抗击非典先进集体”荣誉称号。

2005年，印度尼西亚海啸发生后，王贵强教授受卫生部派遣参加赴印尼卫生救援队，利用自己的传染病防控知识，帮助当地有效进行防疫工作，并进行有效沟通，诊治了大量患者，为国家赢得了荣誉。中国卫生救援队在当地总医院开诊11天，共接待门诊患者1200多人，最多的一天接待患者200多人，接近该医院日均门诊量的三分之一。最后，大量患者慕名而来，请求中国医生诊治。

作为传染病专家和卫生部自然疫源性疾病专家咨询委员会委员，王贵强教授多次参加卫生部



组织的突发和不明原因疾病的咨询和甲流、蚊虫叮咬、超级细菌等公共卫生应急工作，受到卫生部领导的肯定。蜱虫叮咬事件中，受卫生部委托，作为专家组成员赴疫区调研，获得第一手临床数据，为卫生部颁布的《发热伴血小板减少综合征防治方案》的制订提供了依据，并作为主要执笔人对终稿进行把关。

作为卫生部卫生标准委员会传染病标准委员会委员，王贵强教授积极参加国家法定传染病标准制修订和审定工作。主持修订了我国《乙型病毒性肝炎诊断标准》，参加《丙型病毒性肝炎诊断标准》《戊型病毒性肝炎诊断标准》《流行性出血热诊断标准》的制订，主审多部法定传染病标准。由于在传染病标准制修订和审定中的突出贡献，2007年被卫生部卫生标准委员会评为“卫生标准先进个人”。

作为首届中华预防学会医疗机构公共卫生管理委员会委员，积极参加公共卫生应急的管理工作，为医疗机构公共卫生管理相关工作政策的制定提供技术支持。参加编写《公共卫生应急手册》的编写工作。在北京2008年奥运会期间，作为国家核生化医学救治辅助决策系统专家组成员，为奥运期间安保进行技术支持。

基础、临床科研和教学工作硕果累累。

在攻读研究生期间，正值肾综合征出血热在我国大流行，年发病人数达十万例，病死率3%~5%。王贵强在临床诊断和治疗的同时，在导师于丹萍教授指导下，对肾综合征出血热临床发病学特点和机制、以及免疫血清治疗进行了系统研究，通过一系列研究，提出了该病病毒直接作用在发病中的重要作用，据此强调早期抗病毒治疗和针对病理



生理规律进行预见性治疗的原则。相关研究成果被编入诊疗方案，指导临床治疗。该研究于1994年获得黑龙江省科技进步一等奖，1995年获得国家科技进步三等奖。

在美国留学期间，王贵强研究T淋巴细胞凋亡信号传导和树突状细胞介导的免疫治疗等，在国际上首次揭示了Bak在T细胞凋亡中的重要作用，相关研究以第一作者分别在国内外权威杂志(*Journal of Experimental Medicine*、*Journal of Biology and Chemistry*和*Cancer Research*)发表。

归国后，他先后主持和参加卫生部临床学科重点项目课题、国家自然科学基金、国家“十一五”传染病重点专项课题、美国CMB基金、北京市科委计划项目、国家“863”项目、国家“973”项目等课题15项。发表论文150余篇，其中SCI论文33篇。目前担任国外权威杂(*Clinical Infectious Diseases*、*Hepatology International*)《中华医学杂志(英文版)》《中华内科杂志》《中华传染病杂志》





《中华肝脏病杂志》等十余种核心期刊常务编委、编委等，并担任多个国际杂志审稿人。

王贵强教授十分重视教学工作，每年投入大量的时间在教学和继续教育。王贵强教授深知，培养高水平的医师可以使更多的患者受益，因此，利用一切机会进行教学工作，不论是本科生、8年制还是毕业后医学教育，王贵强教授都积极主动地参加。作为博士和硕士研究生导师，他已经培养博士和硕士研究生18人。

积极组织 and 参加学术交流、医师培训、继续教育工作

自2008年担任北京医师协会感染科医师专家委员会主任委员以来，王贵强教授积极从多方争取资金支持，对北京地区感染科医师进行免费全员培训，连续组织4届北京感染和肝病论坛、继续教育学习班及周边区县巡讲活动等，累计培训北京及周边地区感染和肝病等基层医师2600余人次，有效提高了基层医生的水平，为北京地区感染科医师的业务能力的提高做出了突

出贡献。

作为中国医师协会感染科医师分会副会长负责继续教育工作，在分会李兰娟会长领导下先后参与组织针对基层医师的“蒲公英项目”和“彩虹项目”等，累计培训基层感染科医师36000余人次，提高了全国基层医生对慢乙肝抗病毒治疗重要性的认识，使广大乙肝患者受益，降低了肝硬化和肝癌等终末期肝病的发生。

自2002年始，历任中华医学会感染病学分会常委兼学术秘书，2009年当选为中华医学会感染病学分会副主任委员。王贵强教授积极参与组织学会的各种学术活动，包括隔年一次的中华医学会感染病学术年会、病毒性肝炎和肝病学术会议、全国感染中青年学术会议等。担任肾综合征出血热专家组组长期间，作为大会主席组织召开了全国肾综合征出血热学术会议。多次受邀参加亚太肝病研究会年会、欧洲肝病研究会年会等国际会议并做专题报告或主持会议。响应中央政府

西部大开发的部署，作为中华医学会感染病学分会“西部行”继续教育项目负责人，自2004年以来分别在新疆、广西、西藏、云南、内蒙古、宁夏、甘肃、陕西等西部省区组织“西部行”继续教育项目10次，累计培训西部医师3000余人次，大大提高了西部地区感染病和肝病医师的临床诊断和治疗水平，多次受到中华医学会表彰。

重视科普，积极参与科普工作

王贵强教授在临床工作发现，很多患者由于对疾病认识误区而延误治疗时机，对此他深感痛心，在临床实践中时时进行科普宣传教育，使患者及其家属了解疾病过程，积极配合治疗，避免“有病乱投医”，贻误治疗时机。他多次在大型健康教育活动中，以及通过报刊、杂志、电台、电视台、网络等多种媒体方式参加科普宣传教育工作。由于在科普工作中的表现突出，2011年成为北京市首批认证的“北京健康科普专家”。



编者按：2014年11月21日至23日，由中华医学会肝病学会病毒性肝炎学组及中华肝脏病杂志编辑委员会主办，重庆医科大学附属第二医院，中国医科大学附属盛京医院协办的“第六届慢性病毒性肝炎抗病毒治疗难点和热点学术会议”在沈阳召开。会上，《肝博士》就广大患者和读者关心的问题采访了相关专家，访谈内容将分两期刊出，本期，刊出了对侯金林、段钟平、窦晓光、谢青教授的采访内容，希望对大家有所帮助。下期，将刊出对徐小元、陆伦根、江家骥、胡鹏教授的采访内容，敬请关注。

侯金林：乙肝治疗有亮点，患者认知很重要

本刊记者：黄墨

人物档案

侯金林：主任医师、教授、博士生导师，南方医科大学南方医院感染内科主任，南方医科大学肝脏疾病研究所所长。现任亚太肝病学会候任主席、中华医学会感染病学分会主任委员。国内外杂志发表论文210余篇，其中SCI论文90余篇，包括“Hepatology”“Journal of Hepatology”“Journal of Immunology”等刊物。2003年获得国家杰出青年基金，2006年获“新世纪百千万人才工程”国家级人选、广东省“珠江学者”，2010获卫生部有突出贡献的中青年专家，2011年获广东省“我最喜欢的健康卫士”和“全国卫生系统职工职业道德建设标兵”称号。曾获国家科技进步二等奖、中华医学科技二等奖、广东省科技进步一等奖等多个奖项，为国务院特殊津贴专家，荣立军队一等功一次，三等功三次。



记者：侯教授，您好，首先感谢您接受《肝博士》采访。我们知道，在2014年，慢性乙

型肝炎的研究在世界范围内都有不少亮点，包括您的团队也有重要的研究数据发布，请您给我们

简单介绍一下这些成绩。

侯金林：在过去的1年，有关乙型肝炎的研究，从临床方面



来看还是有很多重要进展。研究热点归纳起来，主要包括“三点一线”，三点为治疗的起点、拐点和终点。起点的研究问题包括病人怎么启动治疗，怎么确定正确的治疗方案；拐点的研究问题是治疗到一定时间，比如24周以后怎么调整治疗，提高治疗效果和减少耐药；终点研究问题主要是取得应答的病人，特别是e抗原血清学转换的病人，怎么把药停下来，使病人不用受长期用药的困扰。这些问题不但是临床医生关注的焦点，也是我们广大患者十分关注的问题。

在联合治疗方面，初始联合或者在治疗中加药或者序贯联合看能不能使治疗效果进一步提高，这些都是非常重要的策略。截至目前，研究结果所显示的初治患者的联合治疗方案疗效优势不明显，并未达到临床所期待的更好的结果。比如长效干扰素和恩替卡韦联合的治疗，在整个治疗过程中，它对e抗原转换的影响比单用长效干扰素明显，但总

体治疗1年并随访，却并没有明显提高疗效。这就提示医生在临床应用的时候，应根据患者免疫结果选择对病人更适合、更经济的治疗策略。

临床实践中，耐药率高是慢乙肝抗病毒治疗面临的重大挑战，拉米夫定治疗1年耐药发生率最高达14%，5年高达70%，耐药可导致严重肝炎活动和死亡。针对这一特殊国情，我们根据“路线图概念”设计个体化治疗新策略，即对抗病毒治疗第24周疗效差的病人通过抢先干预，调整后续治疗方案，以提高疗效和降低耐药。项目组在国际上首次设计两项可以互相印证这一概念的全国多中心、随机对照的临床研究，验证该治疗新策略。其中EFFORT研究在全国24家研究中心的606例患者中比较“路线图概念”治疗新策略与标准治疗方案的疗效，发现“路线图概念”治疗新策略可使抗病毒疗效显著提高26%（从61.2%提升至76.7%），耐药发生率降低88%（从25.8%降至2.7%）。另一项EXPLORE研究可将耐药发生率降低89%（从58.5%降至



6.7%)。这是国内肝病专家第一次在“Hepatology”发表研究者独立启动的临床试验研究论著。

记者：这些研究成果对我们的慢乙肝患者来说，具有哪些方面的意义？

侯金林：我现在有几种情况和病人谈谈，这样他们的心里可能会踏实点。从口服药角度讲，不管现在用什么药物，如果单用强效低耐药的药物，这不错。如果开始用不是替诺福韦或恩替卡韦，用的其他非一线药物，治疗过程中根据应答情况尽快加药或者调整药物治疗，这样也可以大幅度减少耐药。这是非常重要的信息。过去只要让病人吃核苷类药物，病人就会疑虑：我耐药了怎么办，如果你再加一个药或者两个药，如果多药耐药了，控制不住，怎么办。但事实上，多药耐药可能性有，但病毒控制不住的可能性几乎没有。耐药就会造成病毒缺损，复制就会减少。如果对两个药物耐药，它复制的缺损更明显，这样相对复制水平非常低。不会像过去宣传那样，耐药了，多重耐药了，病毒就失控了，将来无药可治了。这个是现在临床研究非常重要的结果，我们过去担心的多药耐药了，病毒控制不住了，都不可能。现在，个体化或优化治疗策略，就是通过早期干预去预防和减少耐药。我们尽量去预防，减少耐药的发生，出现耐药了也不是洪水猛兽，也没那么可怕。对选择口服治疗患者，心里更踏实。

再次，对病人一定要强调长期治疗的概念，因为抗病毒治疗，病人很顾虑治疗时间很长。我们在和病人交流的过程中，也

需要找到病人理解和接受的语言去解答他们的一些问题。比如过去让病人停药他不理解，花了这么多钱这么多时间，停药后又反跳了怎么办。实际上，乙肝病毒在肝脏里面住着，机体的白细胞相当于警察，跑到肝脏里面去和病毒“打仗”，把肝脏打坏了，容易肝硬化甚至肝癌。现在是药物把病毒控制住，不让乙肝病毒和白细胞“打仗”，最终能不能把这个药物停掉，不是医生的本事，也不是药物的作用，最终是你自己机体的免疫能力。如果停掉药物，机体控制不住病毒，那也不能怪医生，也不能怪药。从另外一个角度讲，控制病毒让它不“打仗”，就和某个地方风调雨顺，没有自然灾害一样，对肝脏来说也是非常重要的。

治疗过程中，病人对治疗的理解，对医生语言的理解问题，也是《肝博士》杂志科普所需要做的。一是要告诉病人，不能怕抗病毒治疗，提高他们的认识；二是治疗过程中不能随便把药停下来，不能吃吃停停，要坚持，把长期治疗的理念灌输给病人。

记者：正如您所说，慢乙肝还存在诸多难点，简单来说，体现在哪些方面呢？

侯金林：相对丙肝而言，乙肝的治疗好像还在黑夜当中摸索，但实际上和过去比，乙肝治疗的进步也是突破性的。我觉得，近期从临床角度、从病人角度来说，还是怎么和医生配合好，把现有的药物应用好。现在乙肝一线治疗的“三巨头”有注射的长效干扰素及口服的恩替卡韦和替诺福韦，特别是口服药物，从控制病毒角度讲已经非常

理想了。现在，8年的替诺福韦抗病毒治疗研究中没有出现耐药，恩替卡韦也只有不到2%的5年左右耐药率，是很低的了。怎么把这些药物在临床上用好，不要乱用，包括干扰素与其他药物不要随意联合，这是一个方面。再一个就是尽量减少不必要的药物，中国病人吃的药太多了。

另外，怎么样来减少治疗成本，也是非常重要的一点。从国家层面，从非政府组织比如世界卫生组织（WHO），包括病人和医生，要怎么样来呼吁药物的可及性？我们也很着急，在中国，替诺福韦这么好的药物却这么贵，它治疗乙肝的价格是治疗艾滋病的10倍，这是有问题的，是不公平的。政府还需要做的很多工作，给药企施压，希望把价格降下来，希望病人能吃到好的药物。

记者：我们的乙肝患者，不仅遭受疾病的困扰，还背着沉重的心理负担，您在这方面能否给我们的患者一些建议？



侯金林：不但社会上，包括我们一些非感染科和肝病科的医生，从心里对这种疾病也没有做到非常理解，要完全实现没有歧

视，我觉得还有很多工作要做。我在临床中就接触到有很多让人觉得惋惜的事，甚至因为乙肝造成婚姻破裂的事也不少见。



我们需要从两个方面来看待乙肝。一是乙肝的传播途径，我们一直在宣传，日常接触并不会感染乙肝病毒，但公众对这方面的认知度还远远不够。我们20年前在国外看到表面抗原阳性的人卖快餐都觉得奇怪，但实际上这是不会传染的。二是对于乙肝疾病本身，乙肝并不可怕，相对而言它是一个慢性的过程，但不可怕不代表不重视，我们要重视它但不必恐惧它。现在公认的是疫苗预防，这让我们的乙肝病毒感染率大幅下降，而这十多年的抗病毒治疗也大幅度减少了乙肝的疾病进展，现在临床上由乙肝导致的重型肝炎也已经越来越少了。

国家也出台了相关政策，比如不再在招工、入学的时候强制性进行乙肝标志物检查等，这是反乙肝歧视的一个重要手段。但作为乙肝病人，误用这一政策，实际上等于把它作为一把双刃剑，伤害了自己。《肝博士》应该在这方面更多地做一些宣传，同时利用好新媒体，把乙肝的知识更多地传递给社会，给病人，这也是缓解患者心理负担的一个重要手段。

段钟平：乙肝相关肝衰竭， 抗病毒治疗是关键

本刊记者：黄墨

人物档案

段钟平：主任医师、教授、博士生导师。首都医科大学附属北京佑安医院副院长，吴阶平医学基金会肝病医学部主任，全国疑难及重症肝病攻关协作组组长，中华医学会肝病学会候任主任委员，《实用肝脏病杂志》与《胃肠病学和肝病学杂志》共同主编，第一至七届全国疑难及重症肝病大会主席。主要研究领域是肝衰竭和人工肝、乙型肝炎母婴阻断、丙型肝炎自然史、肝病营养。近10年承担中国科技部、北京市科委等科研项目12项，发表论文225篇，其中SCI论文31篇，主编和副主编专著9部。近五年以负责人或主要完成人获得北京市科技进步一等奖、中华医学科技二等奖、吴阶平医药创新奖、国家科技进步二等奖各1项。



记者：段教授，您好，非常感谢您接受《肝博士》采访！我们一直在强调HBV相关肝衰竭病人的抗病毒治疗，那么在综合治疗基础上，抗病毒治疗能够给HBV相关慢加急性肝衰竭病人带来哪些好处？

段钟平：我国相当一部分慢加急性肝衰竭是由HBV高复制或不当停药，即在抗病毒治疗过程中随意停药，引起病毒再反弹造成的。从慢加急性肝衰竭发生这个过程就能看到，病毒复制

发挥了非常重要的作用。所以，应该在慢加急性肝衰竭的上游进行干预，及早地给予抗病毒治疗。而且，我们可以看到，不管是国内，还是西方国家和印度所做的一些临床研究结果都证明，如果早期、及时、强效/持续抗病毒治疗，把病毒复制水平快速降下来，确实能够改善患者的预后。

记者：是否所有的HBV相关慢加急性肝衰竭病人都需要抗病毒治疗呢？

段钟平：我们说HBV引起慢加急性肝衰竭，这里面有两种病况，一种是病毒复制引起的，这个肯定是要抗病毒治疗的。还有一部分病人，病毒没有复制，是由其他诱因，比如喝酒、劳累、感染、吃药等引起的慢加急性肝衰竭，就可以不进行抗病毒治疗。

记者：HBV相关慢加急性肝衰竭病人如果需要接受抗病毒治疗，那什么时候开始呢？

段钟平：这个问题非常重

要。欧洲对慢加急性肝衰竭有一个概念图叫PIRO概念，它提出，如果是因为病毒复制或病毒突破引起的慢加急性肝衰竭尽可能要早期抗病毒治疗，因为它首先是病毒复制，然后通过免疫损伤，最后导致肝脏的进一步损伤，所以尽可能在第一个阶段就把它控制住，而在中晚期过后，肝脏已经损伤了，甚至肝脏坏死得一塌糊涂了，抗病毒治疗发挥的作用就有限，所以早期是非常重要的。

记者：HBV相关慢加急性肝衰竭病人，抗病毒治疗的原则如何？此外，除了抗病毒治疗还需要注意些什么问题？

段钟平：慢加急性肝衰竭抗病毒治疗有几个原则，即早期、快速、强效、持续、联合。第一个是早期，刚才已经提到了。第二个是快速，药物需要快速发挥作用，尽快把病毒降下来。印度做过一个研究，如果两周内病毒降下来了，预后就好，两周内没有降下来，预后就差。再一个就是要强效，作用劲头大一点，不光是把病毒复制水平降下来，最好是把HBV DNA转成阴性。再一个就是持续，慢加急性肝衰竭的发生很大部分就是不恰当用药引起，好不容易恢复过来了，以后千万不能随便停。同时，考虑到慢加急性肝衰竭患者病情严重及长期用药的问题，建议首选高效低耐药的核苷（酸）类似物，如恩替卡韦、替诺福韦酯等，以减少耐药发生，维持长期治疗。当然，对特殊肝衰竭病人，长期用药可能会影响到肾脏，在治疗过程中需要定期进行监测。最后就是联合，因为慢加急性肝衰竭

会有很多并发症，比如感染、出血等，所以不只是抗病毒就可以解决所有问题，要与其他药物、方法配合，包括内科支持治疗、人工肝、甚至肝移植等。慢加急性肝衰竭患者从控制肝脏炎症坏死——肝脏再生结构重建——功能恢复是一个漫长的过程，综合治疗必不可少，尤其要注意精神、心理治疗、营养治疗和适当休息。

记者：肝衰竭的营养治疗方面你和您的团队也做了很多工作，请您谈谈肝衰竭患者营养方面需要注意的一些问题。

段钟平：肝脏不光是人体一个解毒的器官，也不光是HBV容易感染的器官，更重要的是，肝脏是人体重要的营养代谢器官。我们吃的东西，好的坏的都通过肠道然后通过门静脉最后到肝脏，在肝脏进行解毒、处理、合成、转化。作为一个严重的疾病类型，到肝衰竭了，它对体内的物质代谢，营养的吸收和转化影响非常大。所以说，近来大家特别关注肝衰竭病人的营养问题。因为肝衰竭病人有严重的黄疸、常常消化道症状非常严重，不想吃饭，而且肝衰竭病人经常抽血、植管、做人工肝等侵入操作，所以这些病人要是营养不好非常容易出现一些并发症。

对于肝衰竭病人的营养问题，我们也总结出来几个要点。第一个是入院及时进行营养风险筛查。现在有国际通用的量表，用这种量表刚入院就进行筛查，然后每周筛查1次。第二个是及时干预。如果有营养风险了，我们要及时采取一系列措施进行干预，包括专门请营养师制订营养

配餐。第三就是优先补足热卡。我们在查房时，都会注意病人热卡够不够，并通过计算予以补足。第四就是少食多餐。由于肝衰竭病人本来胃口就不好，一次吃太多很难消化吸收，所以需要选择少食多餐的进食方法。第五就是适量加餐，特别是夜间加餐。一般上午9点半增加一点营养，下午3点半再吃点东西，尤其重要的是晚上10点睡觉前加餐。对肝衰竭病人来说，肝脏储存能力有限，晚上7点不管吃得再好，到晚上基本肝糖元就消耗完了，晚上10点开始到早上六七点这八九个小时，虽然是睡着的，但人体还要维持体温、新陈代谢等，还在消耗能量。这些能量从哪儿来呢，如果肝糖元没有了，碳水化合物没有了，脂类就开始分解，所以好多病人住院后皮下脂肪萎缩。但脂类还不是主要能源，重肝病人本身恶心呕吐，医嘱上都是清淡饮食，碳水化合物、脂类不够，没办法就分解体内蛋白质。给这些病人适当加餐，特别是10点加餐，晚上睡觉过程中分解晚上加餐的营养，不分解体内蛋白等，所以夜间加餐非常重要，既简单又有效。



窦晓光：育龄期乙肝女性可以怀孕，孕期监测是重点

本刊记者：黄墨

人物档案

窦晓光：教授、主任医师、博士研究生导师，现任盛京医院感染性疾病科主任，中国医科大学传染病教研室及传染病研究室主任，感染病科国家临床重点专科主任，辽宁省传染病重点学科主任，辽宁省肝病诊治中心主任，辽宁省传染病医学中心主任，辽宁省重大传染病（肝病）转化医学中心主任，卫生部辽宁省传染病专科医师培训中心主任。辽宁省人民政府重大公共卫生事件会诊专家，辽宁省干部保健专家，卫生部全国执业医师考试命题专家。中华医学会肝病学会副主任委员；中华医学会肝病学会分会肝炎学组副组长，辽宁省医学会第六届理事会理事；辽宁省感染病与寄生虫学会副主任委员，辽宁省肝脏病学会主任委员，辽宁省医师学会中西医结合肝病学会副主任委员。《中华肝脏病杂志》副主编，《中国实用内科杂志》副主编。近年主持及参加国家自然科学基金项目4项，参加国家“十一五”、“十二五”科技重大专项“艾滋病和病毒性肝炎等重大传染病防治”课题4项，主持辽宁省科技攻关重大项目及辽宁省自然科学基金项目3项，辽宁省卫生厅医学高峰建设项目1项，共获科研经费500余万元。获得省级科技进步二等奖3项，三等奖4项，多次参加亚太、欧洲和美国的肝病学术会议，并作大会学术报告，发表学术论文120余篇。指导博士、硕士研究生30余名。



记者：窦教授您好，首先感谢您接受《肝博士》的采访！在慢性乙型肝炎病毒感染者当中，相当一部分是育龄期女性，对这部分女性而言，胎儿安全是一个大家都关注的问题，那么应该如何处理抗病毒治疗和妊娠的关系？

窦晓光：总的来说，慢性乙

型肝炎病毒感染的育龄期女性，不论是发病还是不发病，都可以正常怀孕，对母亲和胎儿都是安全的。如果肝炎发作，我们就先进行抗病毒治疗，待肝功能稳定后就可以怀孕。当然，我们会把替比夫定和替诺福韦作为抗病毒治疗的首选药物。如果为病毒携

带者，在妊娠晚期，即20-24周如果是高病毒量，口服抗病毒治疗药物可以降低母婴传播的风险，再加上新生儿的免疫接种，99%以上都可以成功阻断。

对于乙肝女性的妊娠，过去担心两个事，一个是在怀孕过程中母亲发病，甚至病重了，比如

发生肝衰竭了；二是担心乙肝病毒传给孩子。现在这两个可能性都是极低的，因为我们现有的药物（包括疫苗），对母子双方都是既安全又有效的。举个例子，妊娠合并急性脂肪肝，这个是病死率最高的，可以达到80%，但是不能说因为有妊娠合并急性脂肪肝的可能就不怀孕了吧？同样，担心怀孕后肝功失代偿了，就不怀孕了，也是不对的。目前情况下要把乙肝治愈还不可能，治好后再怀孕的可能性也就不存在；而停药后再怀孕，同样也存在反跳的可能。所以说，慢性乙型肝炎病毒感染的育龄期女性是可以放心怀孕的。同时，怀孕越早，孕妇相对年轻，承担疾病的风险也就相应的越小，从这一点来说对孕妇也是有利的。

当然，完全放心怀孕也不是说就可以什么都不管了，怀孕前最好找专科医生进行一个病情评估，怀孕过程中也应重视对病情的监测。

记者：如果在抗病毒治疗期间意外怀孕了应该怎么办？

冀晓光：这在临床经常遇到。首先得看用的哪种抗病毒药，如果用的是拉米夫定、替比夫定、替诺福韦，那没问题，可以继续妊娠。如果是注射的聚乙二醇干扰素，则建议毫不犹豫地终止妊娠，因为干扰素有致胎儿畸形的作用。

如果服用的是恩替卡韦、阿德福韦，我们就要评估是不是珍贵儿了，如果是珍贵儿则不建议中止妊娠，但后期要做评估。比如一个40岁的女性，结婚10年了，好不容易才怀孕，这个孩子怎么办？这类珍贵儿就建议不中

止妊娠，到四五个月时，通过现有的技术从遗传背景上检查，也可以从影像学上检查，如果真有脑积水，脊柱裂，以及严重畸形，再做引产。如果检查没有问题，我们再考虑药物可能对胎儿肝、肾功能的影响。因为药物如恩替卡韦，它0.5 mg的量本身就是非常小的，经过胎盘进入胎儿体内的量又能有多少呢？会不会致畸形呢？退一万步来说，即使畸形了，因为我国出生缺陷总发生率约为5.6%，是非常高的，你能判断和这个药物有关吗？但是这个研究我们不可能去做，我们不能拿孕妇验证这个药是不是对胎儿有损害。

相反，如果是20几岁初次怀孕的女性，而且又非常非常担心胎儿畸形，那就中止妊娠。然后在打算再次怀孕前用上一个安全的药物，比如替比夫定、替诺福韦，然后再怀孕。这个问题就好解决了。

所以说，抗病毒治疗期间意外怀孕是否中止妊娠这个问题是相对的，不是绝对的。

记者：在关心育龄期妇女抗病毒治疗的同时，抗病毒治疗男性的生育问题也是一个大家非常关心的问题，在抗病毒治疗的时候能否怀孕，是否真的有“父婴传播”存在呢？

冀晓光：这个问题我曾经问过美国和欧洲的专家，他们都觉得很奇怪，怎么会问这个问题呢。我说，我们担心畸形啊。他们说，药物代谢一般在血液里，精子里面没有血管，药物能进到精子里吗？我说，我也不知道。所以说，都不清楚药物是不是能进入到精子里，怎么会对新生儿



造成危害呢？

理论上说，男性正在吃阿德福韦也好，恩替卡韦也好，妻子怀孕了就让中止妊娠，我觉得特别武断。退一万步说，即使担心有问题，就如前面提到的，可以在后期的检查中根据结果区别对待。当然，如果说特别担心，又不是珍贵儿，中止妊娠后再怀孕也可以。但这个风险同样也需要做个评价，有的人做过一次人流，以后再也不能怀孕了，这个风险也是需要承担的。

我们现在都说循证医学，男性服用抗病毒治疗药物引起胎儿畸形现在是没有证据的。我们说垂直传播，90%都是母婴传播，而且都是在分娩期的传播，所以才能通过注射免疫球蛋白、乙肝疫苗进行阻断。我们在临床也看到，家中几代人没有乙肝病毒感染，但是孩子被感染了，怎么回事呢？这是水平传播造成的。当然，我们在临床中也经常看到，家里父亲乙肝表面抗原阳性，孩子也阳性，但这能不能叫“父婴传播”呢？是水平传播，还是遗传了易感基因，容易感染乙肝病毒呢？我们现有的研究结果还回答不了这个问题。

谢青：丙肝筛查很重要， 规范治疗是关键

本刊记者：黄墨



人物档案

谢青：教授、主任医师、博士生导师。上海交通大学医学院附属瑞金医院感染科主任、上海市感染病和呼吸病研究所副所长、传染病与流行病学教研室主任、重症肝炎研究室主任、巴斯德研究所客座教授。现任中华医学会感染病学分会常委副主任委员、中国医师协会感染科分会常委、上海医学会感染病分会主任委员、上海市感染性疾病临床质量控制中心主任、交通大学医学院危重型病毒性肝炎临床诊治中心主任、上海市医院协会传染病专科医院管理委员会副主任委员、卫生部国家医学继续教育委员会委员、国家食品药品监督管理局新药评审中心评审专家，以及《中华传染病杂志》《中华临床感染病杂志》《中华肝脏病杂志》等编委和《肝脏》杂志的副主编。



记者：谢教授，您好，非常感谢您能接受《肝博士》的采访。相对乙肝而言，丙肝在公众中的认知还相当不足，请您介绍一下丙肝的特点及其在我国现状。

谢青：丙肝是一个特殊的疾病，它具有“三高”特点，即高隐匿性、高漏诊率和高慢性化。所以，丙肝被我们称为“隐形杀手”，因为它症状不典型，很隐匿，但是一旦发现，10~30年后就发展为肝硬化、肝癌。

2006年的调查数据显示，中国HCV感染率为0.43%，但这个调查并没有包括HCV感染的高

危地区和高危人群，所以有专家估计我国HCV感染率实际上应该在1%左右，也就是1000万人左右。然而2013年的统计数据显示，我国住院的、报告的丙型肝炎患者只有22万，占1000万患者的2.2%，这部分诊断的患者中估计仅1%左右接受抗病毒治疗。所以，丙肝所面临的“三低”，即认知度低、诊断率低、治疗率低的问题，也应该引起关注。

记者：2014年4月，世界卫生组织（WHO）发布了丙肝防治指南，其意义在哪里？

谢青：这部指南主要是为低收入国家制定的丙型肝炎防治

指南，可以指导中低收入国家有关部门开展丙肝的防治工作。这个指南是比较适合东南亚地区的，包括我们中国。这个丙肝指南背后所隐藏的还是一个提高老百姓对丙肝的认知度的问题，因为你要去筛查，一定要老百姓认知这个疾病，认知提高后他有一些高危因素才会去医院做一个筛查。所以从这个角度来看，这部指南的出台还是具有重要意义的。

记者：WHO指南对普查提出的几个关键性意见，请您给我们介绍一下。

谢青：指南建议对属于丙肝病毒高流行区的人群或者具有丙

肝病毒危险接触/行为史的人员进行丙肝病毒血清学筛测。这种筛查一是主动的，一是被动的。被动的是指在一些体检，或是做一些有创检查前去做。主动的是指老百姓认知度提高以后，因为自己曾经输过血、做过有创检查、有过手术史等，就主动到医院去检查，即使没有症状，甚至肝功能生化指标都是正常的，也应该去主动检查，早期筛查出来。WHO指南制订了一个高危人群的筛查对象，包括：有输血或应用血制品史、注射吸毒人员、接受过有创操作、丙肝病毒感染的母亲生下的小孩、存在人类免疫缺陷病毒感染、有受到丙肝病毒感染的性伴侣、做过文身文眉等。

记者：在治疗方面，WHO指南也给出了一些建议，请您给我们作一个简单的介绍。

谢青：首先，丙肝危害很大，但其与乙肝的不同之处在于，它是一个可以治愈的疾病。尽管现在对丙肝的治疗方案有限，但治疗效果却很好。我们应该做好筛查，筛查确认后尽可能让病人接受规范治疗。规范治疗涉及的，一是选对药，二是标准、个体化地接受治疗，三是监测不良反应，提高依从性，从而提高治愈率。

WHO指南中非常明确地提到，尽可能让适合治疗的病人接受治疗，治疗时强烈推荐联合治疗，即干扰素联合利巴韦林。在干扰素的选择上，强烈推荐聚乙二醇干扰素，这是有很多循证医学证据的。从普通干扰素到聚乙二醇干扰素，实际上也是丙肝治疗的一个跨越，病人的持续病毒学应答率是明显提高的。尽管这个指南针对中低收入国家，但从疗

效、从治愈率来说，还是推荐聚乙二醇干扰素联合利巴韦林治疗。

问：鉴于费用方面的原因，患者在干扰素的选择上还是有一些犹豫，请谈谈您的建议？

谢青：聚乙二醇干扰素联合利巴韦林对病人而言，不管是从疾病的治愈上，还是从经济上来看，总体是获益的。干扰素在治疗过程中都会引起一些不良反应，所以应尽可能治疗一次就治愈，不要反复治疗，浪费了很多医疗资源，普通干扰素累积的治疗费用也不见得比聚乙二醇干扰素低，而且要承受更多不良反应的痛苦。而且我国在丙肝防控上做得非常好，现在大多数地区已经把聚乙二醇干扰素联合利巴韦林纳入了医保范围内，这样就减轻了一部分病人的医疗负担。算下来，尽管一下子费用似乎高了一点，但一次治好后，疾病不会进展了，不会复发了，其他一些治疗费用也降低了，实际在成本-效果比方面，聚乙二醇干扰素要比普通干扰素要好。



记者：今年以来，直接抗病毒药物（DAA）一直很热门，许多丙肝患者也呼吁能够尽早在国内上市，你怎么看？

谢青：DAA有它可爱之处，一是可以不用注射干扰素，避免了干扰素带来的不良反应，二是口服比注射更方便，三是

DAA可用于对聚乙二醇干扰素联合利巴韦林治疗效果不好或不能耐受者。但DAA不能解决所有问题。我们首先要面对DAA短期在国内无法上市的现实。虽然在全球特别是西方国家上市了一些DAA药物，但这些药进入中国还有一个时间差的问题，特别是现在国家食品药品监督管理总局的一些新规定实施后，可能会对DAA在中国上市带来一些影响。当然，这些规定出台也是为了保证一些新药在中国上市后的疗效和安全性。所以我们现在可能还是要面对现实做好两件事情。第一，适合用干扰素治疗的患者，应该按照目前聚乙二醇干扰素联合利巴韦林的治疗方案，按应答指导治疗（RGT）原则规范治疗；第二，我们要区分对待，如果不能耐受的，或者疾病不允许用聚乙二醇干扰素联合利巴韦林治疗方案的，可以在保肝治疗的情况下等待DAA，但这部分人群是非常有限的。费用方面，现在DAA在国外的费用还是比较高的，不是说DAA一旦在国内上市后所有病人就都能用得上。现在的费用对医保来说还是一个比较重的负担，不一定能上市后马上进入医保，很多病人可能还是需要自费，而这个费用不是所有中国丙肝病人都能承受的。所以说，现在DAA对我们来说还是可望不可及的。当然，这些药物如果我们国内有仿制品，价格可能会降下来，但其上市可能需要更长时间。所以未来5年内，是应该立足于聚乙二醇干扰素联合利巴韦林的规范治疗，对于我国丙肝的防控来说，这是更重要的。

乙肝妈妈怎么生育健康宝宝

——访东南大学附属南京市第二人民医院妇产科主任韩国荣教授
本刊记者：东来

人物档案

韩国荣教授：主任医师，教授，博士生导师，现任东南大学附属南京市第二医院妇产科主任。中华医学会感染病学分会妊娠感染学组委员，江苏省医学会妇产科分会委员，江苏省中西医结合学会妇产科分会常务委员、南京市医学会围产分会委员及南京市医学会妇产分会委员，南京市产科急救小组专家成员，南京市围产协作组委员、南京市母婴保健技术专业委员会委员。现为江苏省科教兴卫领军人才，江苏省333工程人才，南京市行业技术学科带头人。南京市突出贡献中青年专家。从事妇产科临床、科研工作27年，对妊娠合并肝病及乙型肝炎病毒母婴传播阻断进行了深入研究，完成了多项研究课题。发表论文50余篇，SCI16篇，获得7项省市科技进步奖及新技术引进奖。



乙型肝炎（乙肝）病毒（HBV）的母婴传播是造成新生儿感染和慢性携带的原因之一。全球每年约有35%~40%的HBV感染是通过母婴传播造成的。我国是乙型肝炎的高流行区，慢性HBV感染者约9000多万，40%~50%的感染者是因母婴传播感染的。对于HBV感染的

母亲所生出的孩子，如果不采取免疫阻断，将有60%以上会感染HBV，感染HBV的时间是发展成慢性HBV携带者的重要相关因素。宫内感染者几乎100%发展为慢性HBV携带者，新生儿期感染为90%，<2岁时感染为75%~80%，3~5岁时为35%~45%，6~14岁时为

25%，免疫力低下的成人为3%~5%。这些慢性HBV携带者中，25%以上将死于与之相关的肝脏疾病如重型肝炎、肝硬化或肝癌。为此，就乙肝妈妈如何生育健康宝宝的问题，本刊记者采访了东南大学附属南京市第二人民医院妇产科主任韩国荣教授。

记者：韩教授，请问孕前检

查发现乙型肝炎病毒感染，可以怀孕吗？

韩国荣教授：通常所说的乙肝，是指血液化验乙型肝炎标志物显示HBsAg阳性。同时显示阳性的可能还有HBeAg（或抗-HBe），抗-HBc。若HBsAg、HBeAg、抗-HBc同时阳性，就是我们平常说的1、3、5阳性，即“大三阳”，通常情况下传染性较强，但要明确传染性强弱需检查HBV DNA定量，HBV DNA是指血液当中HBV的含量，HBV DNA定量值越高，传染性就越强，反之，传染性弱。若HBsAg、抗-HBe、抗-HBc三项同时阳性，就是我们平常说的1、4、5阳性，即“小三阳”，大部分“小三阳”患者HBV DNA定量值较低，通常小于500拷贝/ml，传染性低，但有小部分人HBV DNA定量值大于500拷贝/ml，与“大三阳”一样，定量值越高传染性就越强。

若孕前检查发现为乙肝阳性且HBV DNA $<10^6$ 拷贝/ml，肝功能正常这部分人群可正常怀孕，怀孕后密切检测肝功能，中孕时复查乙肝两对半及HBV

DNA，若无变化，孕期可不需特殊处理。产后新生儿及时按程序注射乙肝免疫球蛋白及乙肝疫苗，这部分婴儿几乎可以完全阻断。

若孕前检查发现为乙肝阳性且HBV DNA $>10^7$ 拷贝/ml，肝功能正常这部分人群也可正常怀孕，怀孕后密切监测肝功能，中孕时复查乙肝两对半及HBV DNA，若病毒载量仍很高，尤其对既往有小孩感染或家族史阳性的，可考虑孕晚期行抗病毒治疗，产后新生儿同样应及时按程序注射乙肝免疫球蛋白及乙肝疫苗，婴儿的阻断成功率明显提高。

若孕前检查显示肝功能不正常，黄疸或转氨酶升高，在准备怀孕之前必须先请医生对你的病情做准确的评估，轻、中度乙肝患者可予保肝药物治疗，肝功能正常停药后可考虑怀孕。一般孕前或孕早期不建议应用抗病毒药。怀孕后定期到专科医院检查，必须有医生的密切监护及时掌握肝功能变化情况，必要时应用保肝药或及时加用抗病毒药。对于较重的或复杂的肝炎患者如肝硬化失代偿、抗病毒治疗或耐药等患者，需要妇产科医生和肝病科医

生会诊讨论，根据每个病人情况，做出个体化方案。

记者：乙肝的母婴传播途径有哪些？

韩国荣教授：所谓的母婴传播是指母亲将自身携带的HBV垂直传播给胎儿或婴儿，包括产前传播、产时传播以及产后传播。产前传播也称宫内传播，即宫内感染，是指HBV通过胎盘屏障感染胎儿，引起胎儿宫内感染，是母婴阻断失败的主要原因。研究表明，HBV DNA $<10^6$ 拷贝/ml的孕妇产前传播的几率几乎为零。当HBV DNA $>10^6$ 拷贝/ml时，随着病毒含量的增高，产前传播即宫内传播的几率会增高，当HBV DNA $>10^7$ 拷贝/ml时，HBV宫内传播的几率在6%~8%甚至更高。也就是说HBV水平很高的孕妇，婴儿即使用乙肝免疫球蛋白和乙肝疫苗联合注射，仍有部分免疫失败，发展成为HBV慢性携带者。

产时传播是指胎儿在分娩过程中，由于宫缩而吞咽含有HBV的母体血液、羊水以及阴道分泌物等母体体液，或者因为胎盘血管破裂，母血渗入胎儿血液中而造成的母婴垂直传播。分娩过程中，胎儿皮肤黏膜损伤也能增加产时传播的风险。在新生儿联合免疫问世之前，大部分的婴儿会因此感染HBV成为慢性携带者。

产后传播即水平传播，指新生儿通过接触母亲唾液、母乳喂养和其他生活上的密切接触而感染HBV。多项研究表明，在携带HBV的孕妇脐带血液、乳汁以及唾液中均能检测到HBV



DNA, 并且其含量为脐带血最多, 乳汁次之, 唾液中含量最少。如婴儿免疫接种后已经产生表面抗体, 就不会感染了。

记者: 如何阻断乙肝母婴传播? 有哪些方法?

韩国荣教授: 阻断乙肝母婴传播的方法主要有以下两种。



1. 新生儿主、被动联合免疫

免疫: 主、被动联合免疫是指乙肝免疫球蛋白的被动免疫与乙肝疫苗的主动免疫联合, 即乙肝免疫球蛋白和乙肝疫苗同时不同部位肌肉注射。乙肝免疫球蛋白能在血液、细胞外液及黏膜表面与HBV形成复合物, 起到中和病毒, 阻止病毒传播, 并抑制病毒繁殖与复制的作用。但乙肝免疫球蛋白并不能进入细胞, 只能在HBV进入肝细胞前起到中和病毒、阻止感染的目的, 新生儿在出生后及时的进行注射(6小时内)具有最好的保护作用。乙肝免疫球蛋白注射后1~2小时, 体内出现乙肝抗体, 在体内维持时间短, 半衰期为23天。而乙肝疫苗注射后, 在体内刺激机体产生的乙肝特异性抗体可以中和表面抗原, 清除HBV, 这种作用起效慢, 婴儿需要2~3个月才能产生抗体, 但维持的时间比较长。乙肝免疫球蛋白和乙肝疫苗联合应用时, 婴儿出生后体内便立即产生抗体并得以长期维持, 起到

及时清除HBV, 有效阻断产时和产后传播的作用。

2 孕期抗病毒: 新生儿主、被动联合免疫可有效阻断产时和产后传播, 但无法阻断产前传播, 阻断产前传播的唯一方法是孕期抗病毒治疗。对于HBV DNA $>10^7$ 拷贝/ml的孕妇来说, 抗病毒治疗不但可以降低病毒载量, 减少宫内传播, 还可以减轻肝细胞损伤, 利于肝功能的恢复, 增强对妊娠的耐受性。目前可供选择的孕期抗病毒药物有拉米夫定、替比夫定和替诺福韦。拉米夫定耐药率高。替比夫定耐药率相对较低, 降病毒快, 药物安全性好, 是妊娠B类药物, 对无肝炎活动的乙肝免疫耐受患者, 产后1个月后停药是安全的, 是目前最常使用的孕期抗病毒药物。替诺福韦也是妊娠B类药物, 可以用于拉米夫定、替比夫定耐药患者。2014年6月17日, 替诺福韦正式在中国上市, 用于成人及12岁以上的青少年慢性乙型肝炎的治疗, 为中国的慢性乙肝患者提供了另一种一线治疗药物。



记者: 母亲感染水平不同, 联合免疫注射方案一样吗?

韩国荣教授: 新生儿在产程中有大量母血污染, 这是婴儿HBV感染的最重要途径。母婴垂直传播的发生率直接与母亲血

清HBV DNA水平相关, 慢性乙肝的母亲有不同的病毒感染水平, 免疫注射的方案也应当不一样。“小三阳”母亲的婴儿: 母亲血清病毒水平非常低, 新生儿可给预乙肝免疫球蛋白100IU和乙肝疫苗10 μ g联合应用, 并在1个月和6个月各注射1次乙肝疫苗。“大三阳”母亲的婴儿: 母亲血清病毒水平较高, 新生儿出生及时予免疫球蛋白200IU和乙肝疫苗20 μ g, 并在1个月和6个月再注射乙肝疫苗20 μ g, 必要时出生15天至1个月新生儿再注射免疫球蛋白200IU。“大三阳”母亲HBV DNA高于7次方的婴儿: 母亲孕晚期可予抗病毒治疗, 婴儿出生后给予联合免疫。

记者: 乙肝孕妇可以母乳喂养吗?

韩国荣教授: 上面曾讲过, HBV DNA定量决定着传染性的大小。目前来讲, 对新生儿实施正规的免疫程序后, 对HBV DNA $<10^6$ 拷贝/ml的乙肝产妇, 实施母乳喂养是安全的。但要注意乳头、婴儿口腔的护理。对于HBV DNA $>10^6$ 拷贝/ml的产妇, 母乳喂养有争论, 多数意见认为有增加产后水平传播风险。若要母乳喂养, 婴儿需密切监测抗-HBs滴度, 抗-HBs最好在100mIU/ml以上。母亲有明显肝炎活动的, 最好不要母乳喂养。

产妇哺乳时应注意正确的喂奶护理方法, 喂奶前洗净双手及乳房, 用手“C”字形把乳头托起, 勿用手“剪刀式”上下夹住乳头, 防止压迫上下乳腺管, 影响吮吸; 保持乳房的清洁护理, 每天使用干净毛巾和温水清洁乳房, 注意环境的干燥、清洁, 擦

洗时避免造成乳头的过度刺激；预防乳腺炎的发生，哺乳时注意两侧乳房交替进行，在哺乳结束时，需挤净剩余乳汁，按需哺乳而非按时哺乳，促进乳汁分泌，预防乳腺炎发生；防止乳头皲裂，哺乳时应使婴儿含住乳晕，这样才不容易造成乳头破裂，哺乳时间每次不宜过长，日常生活中避免机械性损伤，母乳喂养完毕后，可以留一滴乳汁在乳头上，并均匀涂开，有效防止乳头皲裂，当产妇发现有乳头皲裂的情况时，可暂停哺乳，待好转后再继续。

加强对婴儿的护理，避免损伤口腔、咽、气管、食管、胃黏膜等，防止HBV通过毛细血管进入血液循环而引起感染；婴儿口腔黏膜娇嫩，不宜擦洗，以免人为损伤增加感染机会；婴儿要经常修剪指甲，以免划伤母婴皮肤、黏膜；哺乳时防止出牙期婴儿咬伤乳头；平时密切注意婴儿口腔及消化道情况，如果发现婴儿患有鹅口疮、口腔溃疡、口腔疱疹或出现腹泻等胃肠道不适，应暂停哺乳，治愈后再继续哺乳；喂养婴儿的餐具应单独使用，用前煮沸消毒，不可与产妇餐具混用，生活用品也避免与产妇混用；避免产妇对婴儿口对口直接喂食、亲吻及母血、母亲体液对婴儿的污染，婴儿勤擦，不养成婴儿吮吸手指的习惯。

记者：乙肝孕妇怀孕过程中需要注射乙肝免疫球蛋白吗？

韩国荣教授：妊娠期妇女的HBV在肝脏内大量复制，注射乙肝免疫球蛋白不能降低孕妇病毒载量，故不能产生阻断HBV母婴传播的效果。且乙肝

免疫球蛋白可能导致HBV免疫逃逸株的产生。如果该免疫逃逸株在人群中传播，现在的乙肝疫苗就无法发挥预防作用。故不建议孕期注射乙肝免疫球蛋白。

记者：剖宫产可以降低孩子感染率吗？



韩国荣教授：择期剖宫产虽可以减少因宫缩导致胎盘血管破裂，母血渗入胎儿血液中及分娩过程中胎儿皮肤黏膜损伤的风险，但剖宫产产时出血平均较顺产多，增加了胎儿与母体血液接触的机会，因此只要顺产的产程正常，且胎儿出生后及时实施了主、被动联合免疫，其垂直传播阻断率和顺产并无明显差别，剖宫产并不能进一步降低母婴传播阻断失败的比例。

记者：乙肝孕妇的饮食注意哪些？

韩国荣教授：孕期肝脏负担加重，随时会出现肝功异常，乙肝孕妇一定要做好孕期定期检查，以随时关注病情发展，防止病情出现恶化。饮食的注意很关键。饮食方面建议清淡饮食，饮食宜定量、定时，避免辛辣刺激品，注意补充含铁、含钙丰富食物，可少食多餐，注意新鲜蔬菜和水果的补充，尽量使用含糖量低的食物，不要盲目追求高营养而导致能量摄入过多，因营养过

剩造成肝脏负担加重、胎儿过大等。不宜过多进食高脂肪、高胆固醇的食物，不宜饮用含酒精的饮料，不宜吸烟，不宜喝浓茶、咖啡，不宜吃得过咸等。

蛋白质是构成人体组织的最重要物质，对于胚胎发育、母体的健康有着重要作用。蛋白质缺乏会影响胎儿中枢神经系统的发育和功能，使脑组织细胞数量减少，即使在胎儿出生后再摄入足够的蛋白质也不能恢复，乙肝孕妇宜摄入鱼、虾、牛奶等优质易消化蛋白质。孕期胎儿体内铁的储备完全依赖母体从食物中获得，孕期铁缺乏可影响胎儿的发育，并导致出生后出现智力及行为发育异常，可多食血制品、肉类、鱼类等以补充足够的铁。其他矿物质如钙、锌、镁等，随着胎儿发育的加速和母体的变化，需要量也相应增加。尤其需要加强钙的补给，牛奶、虾皮、芝麻、海带、紫菜、豆腐丝等均是富含钙的食物。孕期应少吃精制大米和精制面等，在烹调加工中还要注意烹饪方法，以免损失维生素过多，如做面食时尽量少加碱或不加碱，淘米时不要过分搓洗，少用油煎、油炸等烹饪方式。



“登革热”知多少

文·李新华（博士）

指导专家·曹红（中山大学附属第三医院感染科专科主任，教授）



2014年，广东爆发了一次较为严重的登革热疫情，特别是广州地区，随后疫情在各地发展，截至2014年10月21日零时，2014年广东全省共有20个地级市累计报告登革热病例38753例，其中重症病例20例，死亡病例6例。

登革热主要在热带和亚热带地区流行，在世界各地曾多次发生地区性流行。我国广东、香港、澳门、台湾是登革热的流行区，随着气候变暖和交通便利，近年发现病例的省区有向北扩展的趋势。

登革热主要通过蚊虫叮咬在人群中传播

登革热是一种由登革热病毒引起的，通过伊蚊叮咬传播的急性发热性传染性疾病。伊蚊是蚊科伊蚊属的通称，是蚊科中最大的一属，有近1000种，分布全世界。在中国，伊蚊有100余种。由于登革热主要是通过蚊虫（尤其是伊蚊）叮咬在人群当中传播，所以疾病的流行季节主要集中在伊蚊孳生的夏秋雨季，在广东时间可从5月持续到11月，在海南省则为3月到12月。正常人在被携带登革热病毒的伊蚊叮咬后，登革热



病毒进入人体，可在体内潜伏3~15天，通常为5~8天。一部分人可能只出现轻度发烧等症状，因类似流行性感冒而常被忽视，但此部分人体内仍具有登革热病毒，可能是流行期间更重要的传染源。登革热的传染性主要局限在发病前的6~18个小时至发病后的第3天，少数病人的传染性可持续到发病后第6天。

登革热前期症状与感冒相似，夏秋两季到过流行地区者需慎重

典型的登革热的表现是突然畏寒、高热、头痛、肌痛、关节痛、恶心、呕吐、乏力、厌食等症状，发热可达39~40℃。持续4~5天下降，部分患者症状减轻约1~3天后再次出现高热（双峰热）；在发病3~5天，多数病人首先在躯干两侧出现麻疹样红斑，逐渐向四肢发展，以前臂屈侧为多，呈猩红热样皮疹，向颜面、四肢扩展。有的病例在手足、掌跖、踝及小腿可见紫癜样斑丘疹，伴瘙痒，消退后有脱屑。病人多伴浅表淋巴结肿大。极少数病人在发热3~5天后病情会突然加重，出现脑膜脑炎，表现为剧烈头痛、呕吐、烦躁、昏迷、抽搐、大量出汗、血压骤降、颈强直、瞳孔缩小等；有些病例表现为消化道大出血和出血性休克。此型病情凶险，进展迅速，多于24小时内死于中枢性呼吸衰竭或出血性休克。因此提醒大家注意在夏秋雨季到过登革热流行地区，出现发热等症状时要考虑到此病的可能，由于其前期症状和感冒相似，很多患者被误诊为普通感冒，一旦出现重症表现，不易及时诊断和治疗，可能造成严重的后果。

登革热应做这些实验室检查

典型的登革热患者，外周血常规表现为白细胞和血小板计数减少，应特别警惕的是血小板严重减少可能造成广泛自发性出血的并发症。病原学检查，包括登革热病毒抗原、抗体及核酸检测，由于发病后5天内抗体阳性的检出率仅为50%，专家们一致认为用抗原及核酸检测对诊断和疫情控制更有意义。

重症登革热的高危人群有这些

登革热病死率约为1/10万~3/10万，重症死亡病例主要发生在高龄伴有慢阻肺、心脏病、高血压、糖尿病等基础病患者，主要致死原因为中枢性呼吸衰竭，另外婴幼儿、孕妇及再次感染者也是重症登革热的高危人群。总体来说，登革热是一种自限性疾病，一般患者的病程约为10天。本病通常预后良好，轻型登革热并不可怕，今年广东省疫情病例中99.1%都是轻症患者。

登革热尚无特效药，早发现、早隔离、早就地治疗是关键

目前，对本病尚无确切有效的病原治疗药物，尽可能做到及早发现、早隔离、早就地治疗。主要采取支持及对症治疗措施。一般及支持治疗指急性期应

卧床休息，给予清淡的流质或半流质饮食，防蚊隔离至病程的第7天。对典型和重型病例应加强护理，注意口腔和皮肤清洁，保持每日有一定的尿量和大便通畅。对症治疗降低体温时，对高热患者宜先用物理降温，如冰敷、酒精拭浴，慎用止痛退热药物，以免在G6PD缺陷患者中诱发急性血管内溶血或因大量出汗而引起虚脱。对高热不退及毒血症症状严重者，可短期应用小剂量肾上腺皮质激素。治疗过程要注意水、电解质与酸碱平衡，及时纠正脱水、低血钾和代谢性酸中毒，但应时刻警惕诱发脑水肿、颅内高压症、脑疝的可能性。

目前尚无登革热疫苗，防蚊、灭蚊是主要预防措施

由于目前尚无有效的疫苗使用，登革热的预防措施主要是防蚊灭蚊。中国疾控中心病毒病所李德新研究员表示，蚊子的活动和温度密切相关，登革热的媒介是伊蚊，温度低了以后蚊子活动减少，也不容易传染疾病了。但是中国南方2014年气温偏高，雨水较多，蚊虫滋生也多，导致爆发了这次较大的疫情。因此，阻断登革热传播的关键就是防蚊灭蚊，改善卫生环境，消灭伊蚊孳生地。

“任劳任怨”话肝脏

文·咸建春（江苏省泰州市人民医院肝病科主任、主任医师）



从事肝脏疾病诊疗近30年，越来越觉得用“任劳任怨的母亲”来形容肝脏最为贴切、形象。肝脏是人体最大、功能最为复杂的实质性器官，也有人把肝脏叫做“重要的傻大个”。而母亲具有慈爱、善良、任劳任怨、孝顺老人、爱护孩子、最能包容的本性与行为。肝脏的许多品性与母亲相似。

一、肝脏的功能

肝脏有营养物质的消化储存（代谢）、有害物质的无害化处理（解毒）、蛋白质的合成、胆汁的分泌、抗病（免疫）等多种功能，可谓身兼数职。但由于肝脏没有痛觉神经分布，即使生病了，在疾病早期的很长阶段也很少出现症状，发出呻吟，表现出

不适，是个非常“沉默”的器官；加之肝脏的储备功能很强，只要有20%~30%左右的肝脏正常工作即可满足人体的基本需要。它不像心脏，患病时可让你心慌、胸闷；也不像肺脏，一旦有病就让你咳嗽、气急；更不像大脑，动不动就头痛脑热；也不像肠胃，每天按时的饥饿感不断提醒你它的存在，稍微伺候不好

就要上吐下泻，给你好看。所以



说肝脏是任劳任怨、最能包容的器官。

二、肝脏潜伏的隐患

肝脏承担着复杂的功能，有良好的品性，但给我们带来方便的同时也潜伏着隐患。如肝脏疾病难以早期发现，等到这个“母亲”忍无可忍，泪往肚里流（腹水是肝脏的“眼泪”）并出现症状时，往往已发展至肝硬化腹水，而当出现疼痛等不适时往往已发展到肝癌或已造成其他严重的后果。所以也有人把肝脏疾病比喻为一只底部“漏水的船”，你坐在船上，漏水的早期你不知道，等你发现了往往船已经要沉了。



许多原因都可以引起慢性肝病，如乙肝、丙肝、酒精肝、脂肪肝以及自身免疫性肝病等，这些原因反复损害肝脏，肝脏的疤痕会越来越多，肝脏的质地也会越来越硬，最后形成肝硬化，甚至肝腹水，在此基础上也可发生肝癌。肝腹水是各种肝病的晚期表现，腹水越多病情越重。那么，腹水是如何形成的？与“母亲”有什么关系？腹水的形成有多种原因，其中有一原因是肝脏患病到一定程度即会“哭泣”，表现为肝脏表面不停的有液体渗出，滴落于腹腔形成腹水，所以，国外医学家将此现象

比喻为“哭泣的肝脏”或“流泪的肝脏（泪肝）”（weeping liver），亦即“任劳任怨”的肝脏“母亲”因病严重了在“哭泣”，而腹水是“母亲”的“眼泪”，是“泪朝肚里流”的结果。



三、肝病发展三部曲

都说肝病患者有“三部曲”，即“肝炎-肝硬化-肝癌”，其实这是不准确的。因为一方面，并不是所有的肝炎患者能够发展至肝硬化、肝癌，若能经过规范、有效的治疗则发生的机会更少；另一方面，也不是所有的肝癌都要经历“肝炎-肝硬化”阶段。肝病治疗的主要目的是阻止肝硬化、肝癌的发生，所以肝病防治的重要任务是找出可能发生肝硬化和肝癌的病人，并及时治疗。

四、肝病防治三部曲

那么，如何防治肝病？既然肝病的发展有“三部曲”，肝病的防治也可归纳出“三部曲”：筛查—随访—治疗。

筛查的主要任务就是从病史询问、体格检查及必要的血液检测（如丙肝抗体、乙肝表面抗原

与肝功能等）等常见体检中查出你是否为潜在肝病患者；如通过筛查发现你是脂肪肝（酒精性、非酒精性）、无症状乙肝、丙肝病毒感染者，那么根据情况（如年龄、性别、肝功能结果及家族史等）给予定期随访是必要的，因为肝脏是“沉默”的器官，是“任劳任怨的母亲”，必须在无症状时，通过主动体检/筛查才能早期发现容易发生肝硬化和肝癌并需要治疗且治疗效果好的病人；目前，常见的慢性肝病如“慢性乙型肝炎”、“慢性丙型肝炎”以及超重与过量饮酒引起的“脂肪性肝病”都是可防可治，甚至是可以治愈的（如慢性丙型肝炎），而且不会对你的入学、就业、婚姻、生育等带来明显影响，可达到“轻松治疗、愉快创业”的生活状态。需要加以注意的是，以上工作最好在有经验的肝病专科医生处完成，尤其是已存在慢性肝病的随访与治疗阶段。



为什么

注射了乙型肝炎疫苗还会感染乙型肝炎病毒

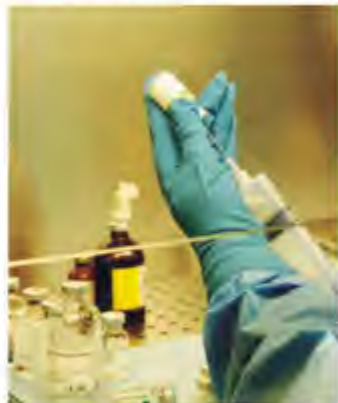
文·袁平戈



病毒性肝炎预防要针对甲、乙、丙和戊型肝炎不同的流行特征,采取不同的预防策略。如甲型和戊型肝炎病毒传播途径是消化道,所以以切断粪-口传播途径为主,即把好“病从口入关”。乙型和丙型肝炎传播途径是血源性,主要有:输血传播、母婴传播、医源性传播、性接触传播等,其中有些传播途径是重叠的,实际都可能与血液暴露有关。乙型肝炎预防重点以保护易感人群为主,即接种乙型肝炎疫苗为主,同时注意切断传播途径。丙型肝炎因为丙型肝炎疫苗还没有研究成功,则以切断传播途径为主。

我国乙型肝炎疫苗已于1985年开始陆续批准生产和使用,大规模使用实践证明,我国自己生产的乙型肝炎疫苗安全、有效,质量已达到国际先进水平。1991年卫生部制定了《全国乙型肝炎疫苗接种实施方案》,决定从1992年1月1日起对全国新生儿和学龄前儿童推行乙型肝炎疫苗接种工作。1997年起又将乙型肝炎疫苗接种纳入计划免疫,这在发展中国家是一项了不起的卫生创举。20多年来我国有9200万名儿童免受乙型肝炎病毒感染,乙型肝炎病毒携带者减少了约3000万例,我国提前11年实现了世界卫

生组织提出的到2017年达到5岁以下儿童乙型肝炎病毒表面抗原携带者率降至1%以下的目标。我国乙型肝炎病毒携带者已由原来的10%降至7.18%,人数由1.2亿降至9千多万。



为什么注射了乙型肝炎疫苗还会被感染乙型肝炎病毒

目前采用0、1、6月方案(0为新生儿出生24小时内),90%左右的接种者可产生保护性抗体,然而仍有10%左右的接种者不产生抗体或产生抗体滴度水平低,达不到保护阈值,这部分人仍是易感者,即对乙型肝炎疫苗无应答。

乙型肝炎疫苗免疫失败的原因复杂,有些还不太清楚,主要原因可分为疫苗因素和机体因素两个方面

1. 疫苗因素

疫苗的种类和质量、接种的

部位和途径、接种的程序和剂量等因素直接影响接种的效果。接种乙型肝炎疫苗时,应注意以下几点:(1)接种部位应在上臂三角肌,因为臀部脂肪多,疫苗臀部注射后,大部分被脂肪组织吸收,而脂肪组织不易贮存,臀部注射比上臂注射应答率低;(2)接种前应将乙型肝炎疫苗摇匀,因乙型肝炎疫苗中的HBsAg吸附于氢氧化铝佐剂上沉淀在瓶底,上清液中没有HBsAg;(3)乙型肝炎疫苗应存放在4℃冰箱内,可保存2年;(4)应坚持全程3针免疫接种,接种程序为0、1、6月,可获得较好免疫效果。

2. 机体因素

(1)一般因素:吸烟和饮酒可能损害机体的免疫功能,随着年龄的增长,机体的免疫功能衰退和应答能力降低,因而有吸烟、饮酒嗜好及年长者接种乙型肝炎疫苗后产生抗-HBs的能力常较无此嗜好和年幼者弱。身体质量指数、精神压力及接受免疫抑制治疗等因素也会影响机体对乙型肝炎疫苗免疫的应答。若伴有其他慢性疾病如糖尿病、慢性肾功能不全、慢性HCV、HIV感染,接种后无(低)应答的机率将大大增加。

(2)遗传学因素:多数学者认为,HBsAg携带者呈家庭

聚集性，并可能是常染色体隐性遗传。接种乙型肝炎疫苗后无（低）应答的发生与HLA分型及位点有关。HLA-DR3+或HLA-DR7+表现型的个体，乙型肝炎疫苗接种后出现低应答的几率较高。

3. 乙型肝炎病毒变异

若与乙型肝炎疫苗诱导抗-HBs有关的抗原决定簇 α 发生变异，抗体与变异株乙型肝炎病毒表面抗原的结合力下降，可导致乙型肝炎疫苗免疫保护失败。

4. 乙型肝炎疫苗无（低）应答细胞学基础

对乙型肝炎疫苗免疫应答良好者，其外周血单个核细胞对重组乙型肝炎病毒表面抗原的刺激

增生活跃；而对乙型肝炎疫苗无（低）应答者，则无明显增生反应。进一步分析表明，对乙型肝炎病毒表面抗原刺激无反应的细胞学基础是乙型肝炎病毒表面抗原特异性Th1类细胞存在缺陷，即缺乏Th1类细胞或此类细胞虽存在但对乙型肝炎病毒表面抗原肽-MHC复合物无应答（如免疫无能或免疫耐受）。

5. 宫内感染乙型肝炎病毒

宫内感染乙型肝炎病毒是新生儿接种疫苗失败的重要原因。其可能机制是胎儿期接触乙型肝炎病毒抗原出现对乙型肝炎病毒免疫耐受，T细胞耐受导致细胞免疫功能低下，对乙型肝炎病毒表面抗原特异刺激，白细胞介素

-2分泌和白细胞介素-2受体表达不足。

另外，年龄超过40岁、男性、肥胖、吸烟者无应答几率高。



免疫失败的对策

对那些顽固的无（或低）应答者目前尚无有效的方法。某些初次免疫无应答者，在加大疫苗的剂量或增加免疫接种的次数后有可能产生高滴度的抗-HBs。有报道，接正规方案接种乙型肝炎疫苗无（或低）应答的个体，反复用重组疫苗加强免疫，最终都产生有效的抗-HBs。对母亲乙型肝炎病毒表面抗原阳性的无（或低）应答婴幼儿采用注射分枝杆菌多糖与乙型肝炎疫苗（ $10\mu\text{g}\times 3$ ）联合应用，免疫后1年的抗体阳转率可达90%左右；对母亲乙型肝炎病毒表面抗原阴性的低（或无）应答婴幼儿采用加强1支 $10\mu\text{g}$ 乙型肝炎疫苗，可使近一半婴幼儿产生抗-HBs。

注射乙型肝炎疫苗后，机体可产生抗-HBs，其维持时间的长短取决于基础免疫完成后抗-HBs反应水平，产生抗体水平越高，消失时间越短。有人观察了新生儿接种乙型

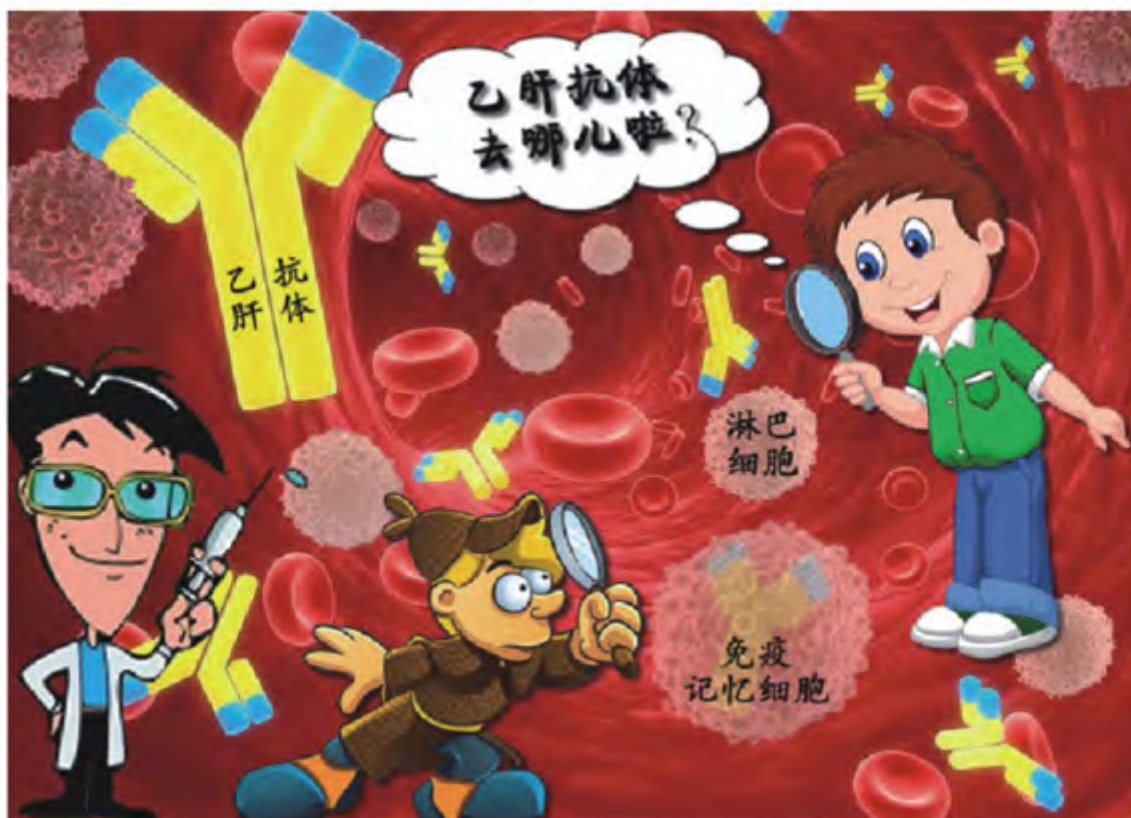
肝炎疫苗7年后的随访结果，接种后1、5、7年，其抗-HBs阳性率分别为98.6%、87.9%和80%，随着时间的推移，抗-HBs滴度逐渐下降，甚至转为阴性，所以有人提出5~7年应加强1针次。近年来研究证明，抗-HBs即使转为阴性，人体存免疫记忆反应，在抗-HBs测不出时，一旦乙型肝炎病毒侵入人体，人体内可立即产生抗-HBs，起保护作用。所以提出至少免疫接种后10~12年内不需要加强免疫接种，甚至有人提出终身不需要加强免疫。

加强免疫的重点对象应是高危儿，特别是母亲乙型肝炎病毒表面抗原阳性的新生儿，在年满12个月时，可加强接种1次。

成人感染乙型肝炎病毒后发生慢性化率很低，仅 $\leq 5\%$ ，所以，预防的重点应放在切断传播途径上。

乙肝抗体去哪儿了？

文·蔡皓东（北京地坛医院主任医师）



我国是乙型肝炎（乙肝）高流行区。许多成年人自然感染乙肝病毒，并产生了抗体；还有许多乙肝病毒感染者的配偶、子女和亲属在接种乙肝疫苗后产生了抗体。但是，这些抗体能维持多久呢？抗体下降或消失后会不会再被乙肝病毒感染呢？许多人都有这样的问题。

乙肝疫苗接种后抗体会维持多久？

有一次，一位网民来信问我：“我老公有乙肝，我接种了乙肝疫苗，也有了抗体。这抗体

能维持多久呢？需要多长时间查一次乙肝抗体呢？”

乙肝疫苗属于基因工程疫苗，需要按照0、1、6月方案（第1针接种后，间隔1个月和6个月再

接种第2针和第3针）完成全程3针乙肝疫苗后才能产生持久的免疫力。美国的研究显示：婴幼儿接种第1针乙肝疫苗后，乙肝表面抗体（抗-HBs）的阳性率（ $\geq 10\text{mIU/ml}$ ）为

16%~40%；接种第2针后，阳性率升高到80%~95%，接种第3针后，98%~100%的孩子都产生了10 mIU/ml以上的抗体量。青少年和成人接种疫苗后抗体阳转率略低于婴幼儿。在第1、2、3针疫苗接种后，抗体阳性率分别为20%~30%、75%~80%和90%~95%。完成了全程3针乙型肝炎疫苗接种后，产生抗体的保护效果可维持12~22年。

抗体消失了，是不是对乙肝的免疫力也消失了？

有一位网民接种乙肝疫苗后产生了很高的乙肝抗体，抗-HBs >1000 mIU/ml。她非常高兴。过了几年，在孕前检查时她发现自己的抗-HBs降低到276.3 mIU/ml。她非常紧张地问我：“抗体会不会消失？如果抗体消失，是不是对乙肝的免疫力也消失了？用不用重新接种乙肝疫苗？”

接种乙肝疫苗后，随着时间的延长，抗体确实会逐渐下降，甚至消失。但抗体消失后并不等于人体对乙肝的免疫力也消失了。有许多研究显示，即使10多年后，疫苗接种者体内抗体已经消失，但仍然保持对乙肝病毒的免疫力，乙肝病毒的感染率很低。那么，抗体去哪了呢？

人体的免疫系统有很强的“记忆力”。经过3针乙肝疫苗的反复刺激，免疫系统会对乙肝病毒的抗原产生很强的“记忆力”，即使抗体从血液中消失，但产生抗体的“密码”已经深深地“藏”到了免疫记忆细胞中。当乙肝病毒再次进入机体的时候，免疫系统可很快把乙肝抗体的“密码”调出来，立即发动抗

体出击，消灭入侵之敌。

感染了乙肝病毒后为什么只有抗-HBc？抗-HBs去哪儿了？

一位网民来信问：他的母亲在检查身体时发现乙肝五项中的第五项（即乙肝病毒核心抗体，抗-HBc）阳性，其余都阴性。后来，他又为母亲检测了乙肝病毒DNA，也是阴性。医生说他的母亲感染过乙肝病毒。他问我：“既然感染过乙肝病毒，那为什么没有乙肝表面抗体？抗体去哪儿了？用不用打乙肝疫苗？如果不打疫苗，以后会不会被乙肝病毒感染？”

一次乙肝病毒的急性感染后，在潜伏期首先可以检测出乙肝病毒表面抗原（乙肝五项中的第一项：HBsAg），很快即出现乙肝病毒e抗原（乙肝五项中的第三项HBeAg），然后出现乙肝病毒核心抗体（乙肝五项中的第五项：抗-HBc）。这三项指标的阳性即为大家所说的乙肝“大三阳”。“大三阳”状态从乙肝病毒感染的潜伏期末一直持续到恢复期。如果感染慢性化，

则持续时间更长，可持续几年甚至终生。如果急性感染恢复，则在恢复期首先出现乙肝病毒表面抗体，然后出现乙肝病毒e抗体（乙肝五项中的第四项：抗-HBe）。

因此，乙肝病毒急性感染后，感染者血清中会出现三种抗体：抗-HBs、抗-HBe和抗-HBc。这三种抗体中，抗-HBs是保护人体免遭病毒感染的保护性抗体，也是接种乙肝疫苗后产生的抗体。但它的持续时间最短，感染几年后就在血液中消失。而抗-HBc的持续时间最长，有时甚至持续终生。因此，感染过乙肝病毒，恢复期后常常只能检测出抗-HBc。这并非是对乙肝病毒没有免疫力，而是像我们前面所说的，保护性抗体虽然从血液中消失了，但它的“密码”已经藏到了免疫记忆细胞中了。如果乙肝病毒再次“光顾”，抗体则会再次出现，向乙肝病毒发动攻击。因此，对于免疫功能正常的成人，如果血液中仅检测到抗-HBc，则不必再接种乙肝疫苗。





抗体为什么会下降? 感染乙肝病毒会不会消耗抗体?

在门诊, 有许多病人曾经问我: “抗体为什么会消失? 是不是被乙肝病毒消耗了? 怎样才能保持住体内的乙肝抗体水平? 要不要定期接种乙肝疫苗?”

对于这个问题, 我给大家举一个典型的例子。有一次, 一位乙肝男孩带着她的媳妇来找我咨询。他问我: “我妻子小时候打过疫苗, 好多年了。结婚时检查她有抗体, 但抗体不高。我怕她被感染, 结婚两年后我再次带她检查, 结果抗体上升到大于1000 mIU/ml。没有加强疫苗注射, 抗体为什么自己升高了呢?”

我笑着回答说: “你给她打了免费的疫苗呀!” 小两口睁大了眼睛吃惊地望着我, 一幅完全不理解的样子。

我继续说: “乙肝疫苗就是乙肝病毒基因的一个片段, 它可以刺激机体产生抗体。你妻子接种过乙肝疫苗, 对乙肝产生了免疫力。但长期没有病毒侵入, 抗体就会逐渐减少。乙肝病毒和乙

肝疫苗一样, 也可以刺激机体产生抗体。乙肝病毒可以通过性接触传播。在你们结婚后的性生活中, 乙肝病毒不可避免地进入你妻子的体内, 免疫系统遇到乙肝病毒抗原后, 就会再次发动免疫系统产生乙肝抗体, 消灭入侵的病毒。于是, 你妻子体内的抗体就增多了。你对你妻子的每一次感染, 就像是加强了一次乙肝疫苗的接种。所以我说是你给她打了免费的疫苗呀!”

男孩的妻子笑了起来, 可男孩却没有笑。他仍有一丝忧虑地问我: “可我们最近想要宝宝了, 做了一个孕前检查, 其中乙肝五项结果中的乙肝抗体又降到200了。那为什么抗体又下降了? 是不是她的免疫力下降了, 不产生抗体了呢? 我们是否需要使用安全套呢?”

我反问他: “如果世界都和平了, 没有战争了, 我们还会生产好多武器吗?” 他摇摇头, 迷惑地望着我。

我继续说: “你现在服着抗病毒药治疗, HBV DNA检测不

到了, e抗原转阴了, 表面抗原也明显减少, 你的传染性大大地降低了。你不给她打免费疫苗了, 没有病毒进入她体内发动战争, 她的免疫系统还需要不断生产抗体吗? 抗体当然就降低了!”

男孩如释重负地说: “原来是这样。我以为她体内的抗体都被我的病毒消耗了呢!”

我补充说到: “只要接种过全程3针的乙肝疫苗, 并产生了有效的抗体浓度, 就说明她体内对乙肝病毒有了免疫力。你给她一点病毒不仅不会消耗她的抗体, 还会刺激她的免疫系统产生更多的抗体。你放心吧! 你妻子有抗体, 不会被你感染! 你们如果用上了安全套, 还能生孩子吗?” 小两口听罢都笑了起来。

大家看到这里就可以明白了: 免疫功能正常的成年人接种乙肝疫苗后即使抗体消失, 也还会保持对乙肝病毒的免疫力; 对乙肝有免疫力的人, 感染乙肝病毒不会导致抗体减少, 反而会刺激抗体的产生。

丙型肝炎之问与答

文·何宛蓉（广西壮族自治区人民医院消化内科主治医师）



丙肝是丙型肝炎的简称，是一种由丙肝病毒（HCV）感染引起的主要经血液传播的疾病。HCV慢性感染可导致肝脏慢性炎症坏死和纤维化，部分患者可发展为肝硬化甚至肝癌。丙肝的特点是“三高三低”，即高隐匿、高漏诊、高慢性化，而公众对丙肝的认知率低、就诊率低、治疗率低，这种“三高三低”的特性，对患者的健康和生命危害极大，已成为严重的社会和公共卫生问题。丙肝素来被称为“伪装的杀手”，但如果能够在病情恶化前就发现，并及时进行规范的抗病毒治疗，丙肝病毒是可以清除的。

1、什么是丙肝病毒？

丙肝病毒（HCV）属于黄病毒科，呈球形，有薄膜，含单链RNA基因组。HCV病毒株的高度变异性使HCV分化成6种基因型别、超过100种的基因亚型及逐渐发现的更多的准病毒株。我国流行的丙肝病毒主要是1b型，占总数的75%，其次为2a型，占总数的23%，其余占2%。科学技术的进步让我们不仅可以检测到病毒的基因型和亚型，还能够借以预测疗效、协助医生为患者制定治疗方案的细节问题。

2、如何杀灭丙肝病毒？

丙肝病毒在体外环境中抵抗力弱。一般化学消毒剂（如漂白粉）和煮沸（100℃ 5分钟）或60℃ 10小时都能够杀灭丙肝病毒。

3、丙肝的流行情况是怎样的？

丙型肝炎呈全球性流行，全球HCV的感染率约为3%，估计约1.7亿人感染HCV。我国血清流行病学调查资料显示，我国一般人群抗-HCV阳性率为3.2%。据统计，目前我国约有1000万例丙肝感染者。近年来丙肝新报告病例数逐年上升，已经成为严重的公共卫生问题。

4、丙肝的发展过程是怎样的？

丙肝病毒感染初期（2~12周）称为急性期，感染者可无明显症状。感染HCV后1~3周，在外周血可检测到丙肝病毒RNA，只有少数人可自行清除病毒而治愈，多数发展为慢性丙肝

（50%~85%）。慢性丙肝是指感染丙肝病毒后半年以上仍可



查出丙肝病毒者，患者可无明显症状，但病毒在肝细胞内复制，会持续破坏肝脏，引起肝细胞炎症、坏死，进而发展为肝纤维化和肝硬化。感染丙肝病毒20年后，发展为肝硬化的概率为10%~15%，肝硬化后发展为肝癌的概率为每年1%~7%。肝硬化和肝癌是慢性丙型肝炎患者的主要死因，其中失代偿期肝硬化为最主要。有报道，一旦发生肝硬化，10年生存率约为80%，如出现失代偿，10年的生存率仅为25%。



5、丙肝病毒通过哪些途径传播？

丙肝病毒主要通过血液、性传播和母婴传播等方式传播，其中血液传播是丙肝最主要的传播途径。

6、丙肝病毒是怎么通过血液传播的？

(1) 静脉注射毒品：由于静脉注射毒品者常共用针具，极易造成互相感染。

(2) 输入被丙肝病毒污染的血液或血制品：1990年以前，由于未能进行抗-HCV检测，如输入被丙肝病毒污染的血液或血制品可能感染丙肝。

(3) 经破损的皮肤和黏膜传播：使用被丙肝病毒污染、且未经严格消毒的医疗和美容器械

可能感染丙肝病毒。与别人共用剃须刀和牙刷、文身及穿耳孔等行为都可能造成出血，是潜在的经血感染丙肝病毒的途径。

7、丙肝病毒可以经过性接触传播吗？

丙肝病毒可通过唾液、精液和阴道分泌物排出，所以性接触传播也是HCV感染的重要传播方式之一。有性传播疾病、同性恋及性乱交者均为HCV感染的高危人群。建议HCV感染者在性交时使用安全套。

8、怀孕妇女会将丙肝病毒传给孩子吗？

丙肝可以通过母婴途径传播，传播概率约为4%~7%。丙肝病毒可通过胎盘或者分娩过程感染新生儿。建议感染了丙肝的妇女在治愈前应尽量避免怀孕。对查出感染了丙肝病毒的孕妇，应避免羊膜腔穿刺，尽量缩短分娩时间，保证胎盘的完整性，减少新生儿暴露于母血的机会。

9、母乳喂养会造成丙肝传播吗？

目前没有证据证实母乳喂养可以传播丙肝，但乳头有破损时，要尽量避免母乳喂养。



10、工作和日常生活接触

会不会传染丙肝？

工作和日常生活接触，如握手、拥抱、礼仪性接吻、共同进餐、共用餐具和水杯、共用劳动工具、办公用品、钱币和其他无皮肤破损或血液暴露的接触，一般不会传播丙肝病毒。

11、可以打预防针预防丙肝感染吗？

目前尚无有效疫苗可预防丙肝。

12、怎么做才能预防丙肝？

(1) 拒绝毒品，不共用针具注射毒品。

(2) 倡导无偿献血，杜绝非法采、供血。

(3) 避免不必要的注射、输血和使用血液制品。

(4) 避免接受未经严格消毒的医疗器械进行侵入性操作，如拔牙等。

(5) 不与别人共用注射器、针具或其他文身、穿刺工具、剃须刀、牙刷等。

(6) 遵守性道德，保持单一性伴侣，正确使用安全套。

(7) 感染丙肝病毒的妇女在治愈前应尽量避免怀孕。

13、丙肝有哪些症状？

急性和慢性丙肝患者的症状多不明显，很多患者可无症状地发展数年，往往在常规体检或输血、手术前常规检查时偶然地检查出了丙肝。丙肝患者有时会有全身乏力、食欲减退、恶心和右上腹疼痛不适等症状，少数有低热，部分可出现黄疸。但是，有无症状或者症状是否明显与肝脏的病变程度并不一致。

14、丙肝的检查包括哪些？

检查丙肝主要通过验血，常用检测方法有以下几种。

(1) 血清生化学检测：如血清转氨酶、血清胆红素、血清白蛋白、凝血酶原活动度和胆碱酯酶活性等。转氨酶ALT、AST水平变化可反映肝细胞损害程度，但其水平与HCV感染引起的肝组织炎症分度和病情的严重程度不一定平行。血清白蛋白、凝血酶原活动度和胆碱酯酶活性在病程较长的慢性肝炎、肝硬化或重型肝炎时可明显降低，其降低程度与疾病的严重程度成正比。



(2) 丙肝病毒抗体（抗-HCV）检测：适用于高危人群筛查，也可用于HCV感染者的初筛，但抗-HCV阴转与否不能作为抗病毒疗效的考核指标。检测结果阳性需要进一步做丙肝病毒RNA检测。

(3) 丙肝病毒核酸（HCV RNA）检测：该检测不仅可以知道体内是否有丙肝病毒存在，还可以测定病毒的含量，为判断病情和治疗效果提供依据。该指标阳性即可确诊丙肝病毒感染。如果只是丙肝病毒抗体（抗-HCV）阳性，而丙肝病毒核酸（HCV RNA）阴性，表示以前感染过丙肝病毒，现在已经康复。

(4) 丙肝病毒基因分型：HCV RNA基因分型结果有助于判定治疗的难易程度及制定抗病毒治疗的个体化方案。

15、丙肝能治愈吗？

丙肝患者只要在正规医疗机构的专业医师指导下，及早进行治疗，规范用药，大部分丙肝是可以治愈的。

16、丙肝治愈的标准是什么？

患者的转氨酶恢复正常，血液中丙肝病毒核酸（HCV-RNA）转阴，持续3年以上即为治愈。

17、什么情况下应该接受治疗？

只要丙肝患者检测血清丙肝病毒RNA阳性，即使血清转氨酶水平正常，如无禁忌证，也应进行治疗。

18、丙肝的治疗方案是什么？

目前丙肝有效的治疗方法是干扰素联合利巴韦林治疗，疗程根据患者的不同病毒基因型通常分为24周和48周，或者更长。丙肝抗病毒治疗的目的是彻底清除或持续抑制体内的丙肝病毒，从而改善或减轻肝脏损伤，阻止进展为肝硬化、肝衰竭或肝癌，并提高患者的生活质量。

19、治疗过程应注意什么问题？

患者的依从性是影响疗效的一个重要因素。患者在治疗开始前应向医生了解清楚抗病毒治疗的疗程、疗效、费用及药物的不良反应及其预防和减轻的方法等，定期来医院检查，身体不适时及时就诊，积极配合医生规范化治疗，从而提高疗效。

20、丙肝患者的生活要注意哪些问题？

(1) 不能喝酒，因为酒精会加速肝硬化发展，应避免大量喝各种酒类饮品。

(2) 适当休息，避免重体力劳动及劳累。



(3) 注意营养，食物宜清淡少油腻，多吃新鲜蔬菜和水果，适当增加豆制品类食物。

(4) 保持心情舒畅，增加交流与沟通。多与家人、朋友聊天沟通，减少烦恼和郁闷。

(5) 要定期复查，出现身体不适或病情变化及时与医生沟通，按照医生的意见处理。

(6) 除了治疗丙肝的药物外，应尽量减少服用其他不必要的药物，减轻肝脏的负担。使用保肝/降酶药或保健品、中药等之前要咨询专业医生。





脂肪肝有六个“必须弄明白”

文·王振坤（主任医师）

脂肪肝已成为我国的第一大肝病。国外有人说，在50岁前患脂肪肝可折寿5年，在50岁后患脂肪肝可折寿10年。脂肪性肝病首先必须弄明白下面这六个问题。



脂肪肝分为两大类，一类是因为饮酒引起的酒精性脂肪性肝病，有长期饮酒历史，或者在短期内大量饮酒。所谓长期饮酒史是指超过5年的饮酒龄，每天饮酒折合酒精量男性 ≥ 40 克，女性 ≥ 20 克；而短期大量饮酒指的是在2周内每天饮酒量折合酒精 > 80 克。计算饮酒的酒精量公式：酒精克数 = 饮酒量（毫升） \times 酒精含量（酒的度数） $\times 0.8$ （酒精比重）。

非酒精性脂肪性肝病则没有长期饮酒史，也没有短期大量饮酒史，但可能有“少量”饮酒的情况。目前我国酒精性脂肪肝患病率约为4%~6%，非酒精性脂肪肝高达18%~30%左右。一般都通过B超来诊断，但B超不能分清是酒精性还是非酒精性脂肪肝。

当您被诊断为脂肪肝之后，首先一定要搞清楚是酒精性的还是非酒精性的脂肪肝，关系到以后的治疗和评估预后等问题，需要专科医生帮助分析。



非酒精性脂肪肝在临床上分为三型：“非酒精性单纯性脂肪肝”、“非酒精性脂肪性肝炎”和“非酒精性脂肪性肝病相关的肝硬化”。

非酒精性单纯性脂肪肝最为多见，多无明显症状，有症状也不是特异性的。肝功能正常，转氨酶或轻度升高，也可能伴有体重超重、内脏性肥胖、空腹血糖升高、血脂紊乱、高血压等。单纯性脂肪肝的组织学虽有脂肪变，但没有肝细胞的炎症、坏死，也无肝纤维化，预后一般良好。但是非酒精性单纯性脂肪肝患者肝脏是有损害的，其病变不是永远不变，许多损害肝脏的因素可以使其变为脂肪性肝炎。

非酒精性脂肪性肝炎症状可有可无，无特异性，可转氨酶升高。肝组织除有脂肪变性外，还有肝细胞炎症、坏死改变。临床诊断比较困难，确定诊断需要肝组织病理学证据。脂肪性肝炎可能进展为肝硬化或肝癌，但其发展的速度比乙型、丙型病毒性肝炎慢。国外有人研究发现，在成人中的脂肪肝约有10%~15%为脂肪性肝炎，而脂肪性肝炎在10年内肝硬化的发病率达到15%~25%。肝硬化一旦形成，还可能发生脂肪性肝病相关的原发性肝癌。

非酒精性脂肪性肝炎相关性肝硬化具有脂肪性肝炎的一些表现，同时影像学符合肝硬化的诊断，就可诊断为脂肪性肝硬化。

3 必须弄明白：脂肪肝以外是否存在肥胖、高血脂、高血糖、高血压、心血管疾病等

非酒精性脂肪性肝病不是一种单独性肝脏疾病，它是“代谢综合征”的一种表现形式。脂肪肝和肥胖、高血糖、高血压、高血脂的关系比较密切，心血管疾病是影响脂肪肝预后的重要因素。国外有人对420例确诊的非酒精性脂肪肝患者随访7.6年，有53例死亡，主要原因：恶性肿瘤15例（占28%）、心血管疾病13例（占12.6%）、肝病只有7例（占13%）。随访中，这些脂肪肝中有22%发生糖尿病，23%发生血脂紊乱，22%发生高血压。反过来，单纯性非酒精性脂肪肝也是预测心血管疾病的重要因素，这些人发生冠心病、糖尿病等疾病的几率较高。因此，所有被诊断为脂肪肝的人，都要检查血脂、血糖、血压和体重，评估心血管功能。

5 必须弄明白：药物治疗主要对象是非酒精性脂肪性肝炎

脂肪肝没有特效药物。单纯性脂肪肝不需要药物治疗，认真进行“基础治疗”多可康复，药物治疗的对象是非酒精性脂肪性肝炎。

- 1) 凡是对肝脏有损伤的药物都不能应用；
- 2) 减肥药不得随意应用，减肥主要还是从“基础治疗”着手，减重3%~5%可改善肝脏的脂肪变性。建议在6~12个月减重5%以上，但减肥时每周体重下降以不超过1.2公斤为最佳，减肥过快可能对身体有害；
- 3) 脂肪肝伴有血糖增高者应在医生指导下应用降糖药或胰岛素增敏剂；
- 4) 脂肪肝伴有血脂紊乱者，他汀类药物不是禁忌，要在医生指导下应用；
- 5) 有肝脏功能异常，在基础治疗前提下，可给予抗炎保肝药。

4 必须弄明白：非酒精性脂肪性肝病没有特效药，最重要的是“基础治疗”

患了脂肪肝的人不要四处寻找什么偏方、秘方、特效药，凡是一味依赖或追求药物治疗脂肪肝的人，都不会取得好效果。我国的《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南》（下称《指南》）对脂肪肝提出了“基础治疗”三原则：

- 1) 制定合理的能量摄入及饮食结构调整；
- 2) 中等量有氧运动；
- 3) 纠正不良生活方式和行为。

这三个原则可总结为三个字：吃、动、行。吃，就是要吃得合理，脂肪要控制，食物含的热量不能太高，注意多吃一些蔬菜、粗粮；动，就是要科学运动，多参加各种文体活动，运动时要中等量“有氧运动”，每周至少进行4次，总共150分钟的“有氧运动”，贵在坚持；行，要有良好的生活习惯，不要迷恋吸烟、饮酒及毒品，不要在电脑前一坐下就起不来等等。“基础治疗”是靠病人自己来实施，医生只能起到指导和督促作用。基础治疗才是治疗脂肪肝的“特效药”。

6 必须弄明白：“暴走”不是治疗脂肪肝的良策

报纸宣传湖北的陈玉蓉“暴走”3个月治疗脂肪肝，可是许多人“暴走”，脂肪肝不但没有好转，转氨酶却上升了。因为剧烈的“暴走”不是“中等量有氧运动”，而是“无氧运动”。无氧运动可使体内产生大量乳酸，让肌肉酸痛，而乳酸还会进入肝脏，对肝细胞造成损害，导致转氨酶升高；而剧烈运动还可使肝脏缺血，也不利于脂肪肝的康复。媒体过度宣传“暴走”，容易使人走入误区。运动要根据个人具体情况（年龄、心血管功能等）来定，不能跟着别人做，要在医师指导下进行。



漫谈

脂肪肝肝纤维化的 无创诊断

文·过建春(杭州市西溪医院中西医结合病区主任、教授)
荀运浩(杭州市西溪医院中西医结合病区博士)

顾名思义,无创诊断就是没有创伤地获取疾病诊断所需的重要信息,而这些信息传统上只能通过有创的手段来获得。肝活检全名叫做肝脏穿刺活体组织学检查,这个名词对很多慢性肝病朋友可能并不陌生,因为在肝科就诊时经常可以听到进行这一检查以获取准确诊断的建议,取上整个肝脏约1/50 000大小的一点组织进行切片观察,借以判断肝脏的炎症程度、纤维化分期以及脂肪变等情况,可以直观地将诊断明确到病理学水平。无创诊断就是不进行这种有创伤的检查而获得与其价值相近的疾病信息。

肝纤维化无创诊断的现实需要

非酒精性脂肪性肝病(NAFLD)是一种以肝细胞弥漫性脂肪变性为特征但无过量饮酒史的临床病理综合征,根据病理改变进一步分为单纯性肝脂肪变、脂肪性肝炎/肝纤维化和脂

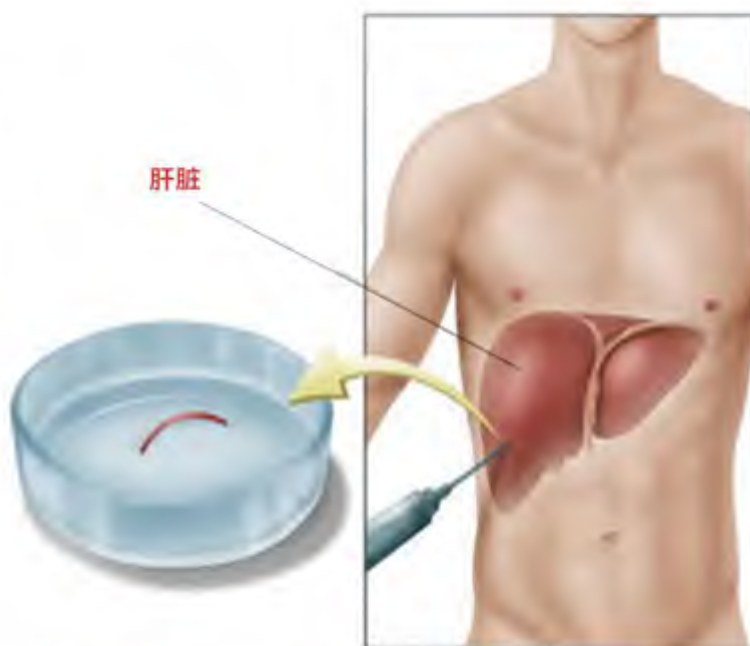
肪性肝炎相关肝硬化。众所周知,本病与肥胖和代谢综合征密切相关,随着病毒性肝炎等其他常见慢性肝病的控制和肥胖发病的迅速增加,NAFLD已成为西方发达国家引起肝酶(ALT)异常和慢性肝病的最常见原因,著

名脂肪肝专家范建高教授10年前进行的人群调查显示,上海成人NAFLD的患病率已高达15%,并且还在随肥胖的增加而逐年攀升。但这么庞大的发病人群我们临床如何处置?

NAFLD自然病程相对温



和，总体进展不快。足够证据表明，NAFLD的预后主要取决于其肝脏组织学类型。尽管心血管相关和全因死亡以及代谢相关肿瘤较正常人群有一定增加，单纯性肝脂肪变并不增加肝病相关死亡；脂肪性肝炎尤其是伴有显著或进展性肝纤维化（分别定义为组织学上的2或3期以上纤维化）患者的肝病相关死亡和肝硬化发生率则明显增高，这一人群在总的NAFLD疾病谱中仅占15~20%，及时准确识别这一人群进行肝病进展的定期监测具有重要意义。但说易行难，除了肝活检，目前尚无其它可靠的手段对此进行准确诊断，因而肝活检仍是NAFLD诊断获取纤维化分期等信息的金标准，也是我们开发无创的替代手段赖以参照的对象。但肝活检的局限显而易见：姑且不论潜在导致出血甚至死亡（发生率低于万分之一）的创伤性、医疗成本和费用、患者对检查尤其是重复检查的接受度，肝活检本身的含金量也一直是个无法解决的问题，如前所述，以总体的1/50000去反映整个肝脏的病理情况将不可避免地存在取样误差、病理学家进行诊断时存在的观察者间的差异也很难避免，因此肝活检只能算是在有限选择下最佳的诊断方法。如此庞大的人群不加选择地进行肝活检既不现实也不必要，趋利避害的本能促使研究者主动寻求那些可方便地对疾病诊断、病情监测和疗效评估的无创方法，并且希望获得更真实的疾病全貌。



血清标志物：肝纤维化无创诊断的可行之路

无创诊断一直是慢性肝病诊断领域的研究热点，NAFLD的无创诊断包括肝脂肪变、炎症和纤维化三个方面，考虑到纤维化对肝病进展的强提示意义，研究者对纤维化的无创评估热情更高，限于篇幅，本文仅对部分有前景的血清标志物做一简要介绍，深入了解有关问题可咨询有经验的肝病医师。

血清标志物又被称为生物标记，即那些反映疾病内在机制的血清标志，对这些反应肝纤维化病生理机制的标志物和通过NAFLD临床病理特征分析获得的与进展性肝纤维化相关的临床参数如年龄、身体质量指数(BMI)、糖尿病有无等进行组合和加权赋值，就能得到

目前各种所谓的肝纤维化无创血清评分系统，其突出优点在于简单方便，大多不需额外费用，把函数公式放在excel工作表上轻轻一点，就可在获得相关信息后于门诊第一时间将结果告知患者。理想的生物标志物需要具有如下特点：简单、检测容易进行、花费-效益比优良、能给目前诊断工具提供更多有价值的信息、能准确进行疾病的危险分层以利于预后估计、能用于治疗过程中的疗效监测，当然准确的诊断能力是



最基本的前提。尽管理想的血清标志物尤其是单一标记很难获得，但目前已有几个评分系统在临床上显示出实用价值。

根据这些标记是否直接反应肝纤维化成分的沉积与降解过程，通常将其分为直接（或I类）标志物和非直接（或II类）标志物。利用直接标志物建立的预测模型有Fibrotest、欧洲肝纤维化模型ELF及其简化和改良模型，诊断进展性纤维化的受试者工作特征曲线下面积AUC（一种反映诊断准确性的统计学指）与II类标志物相当，在细腻的分期（纤维化1/2/3/4期每相邻的两期）和随访监测中似乎有一定优势，联合一些简单参数如BMI、糖尿病还能提高诊断准确性，但部分参数不易获得，需要额外花费，目前主要用于有条件的肝脏中心，如果不能证实突出优势也很难得到推广。

相比而言，II类标志物在临床常用检验指标和临床参数基础上建立，做到了真正的方便和价廉而更受研究者青睐；诊断准确性较好的有专用于NAFLD纤维化评估的BARD、NAFLD纤维化计分和为丙型肝炎肝纤维化评估开发的FIB-4、APRI等，其中NAFLD纤维化计分更是在13个研究不同人种/年龄/身体质量指数的3064例患者中的到验证，诊断进展性肝纤维化时汇总的AUC、敏感性和特异性分别为0.85、0.90、0.97，已获得指南推荐。

但我们在杭州市西溪医院152例NAFLD患者中进行分析发现，其在年轻和不大肥胖的

人群中诊断能力欠佳，AUC仅0.65，相反FIB-4这个在其他人群中也显示良好诊断准确性的模型AUC最高（0.76），提示各模型在不同疾病特点人群中仍各有优劣，并且都有大概20%~50%的患者不能被准确分类（如NAFLD纤维化计分在-1.455到0.676之间时），直接用于纤维化的诊断尤其是具体的分期诊断尚有困难，但诊断进展性肝纤维化和早期肝硬化均较可靠，同时在排除这些患者时较为有用，阴性预测值基本都在90%以上，哪怕是更为简易的AAR（AST/ALT比值），当计分<0.8时也可使约2/3的患者免于肝活检，其中仅9%的患者可能被漏诊。

但仅有少数研究在同一人群比较过不同模型的诊断能力，所有模型均缺乏纤维化动态变化评估价值的验证，考虑

到组织学诊断即金标准存在的潜在缺陷和无创诊断模型部分参数的非特异性，这些无创的血清式需要更科学的验证，目前临床仍需结合有选择的肝活检谨慎地进行个体化的病情评估，人群初筛可推荐简易模型如AAR。

最后要说的是，血清标志物在替代肝活检并不现实，在某些疾病状况下如鉴别诊断或占位病灶存在时也不可能替代，但具体到了解NAFLD患者的肝纤维化而言，尽管存在需要改进之处，用来排除进展性肝纤维化、诊断早期肝硬化从而减少肝活检需求已经变得可行，无创手段提供的信息不仅方便，或许也更为准确和全面，肝活检及其提供的病理信息也只是手段，肝脏作为一个整体的病理改变才是我们需要探知的目的。

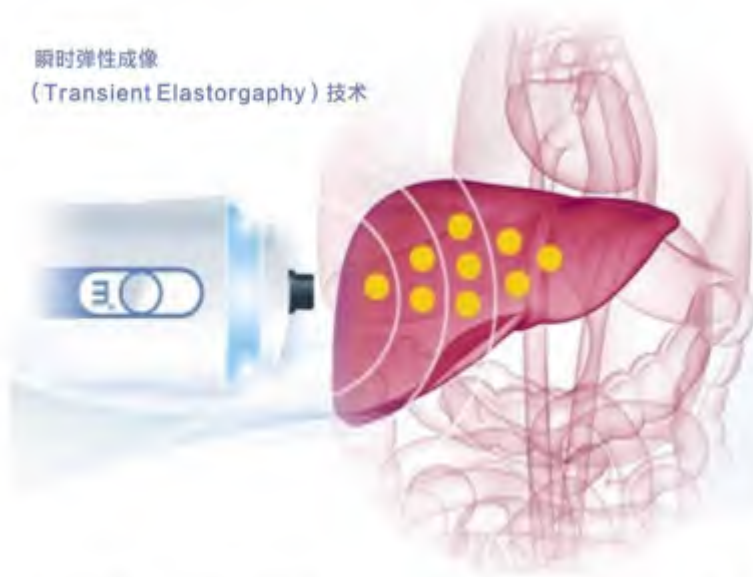


慢性肝脏疾病的无创检测时代

文·程妍

指导专家·鲁晓岚（西安交通大学医学院第二附属医院消化科副主任、教授、主任医师、博士生导师）

瞬时弹性成像
(Transient Elastography) 技术



我国是个慢性肝病高发区，乙型肝炎病毒感染者占全球1/3，曾有“十亿人口，一亿乙肝”之说；脂肪性肝病患病率已达到发达国家水平；药物性肝损害逐年增加……慢性肝病若不能早期发现、不经过合理治疗，可由肝纤维化发展为肝硬化，甚至肝癌。所以正确评估慢性肝病病情非常重要。

我们经常可以见到这样的病例，有些患者因腹胀、乏困、不想吃饭到医院就诊，经检查发现

自己竟然已经到了肝硬化阶段，并且已有肝功能损害、腹水及食管静脉曲张等失代偿症状，这时通常会问，“医生，我知道我有乙肝，前些年一直好好的，怎么就突然变成了肝硬化呢？我什么时候出现的肝硬化？肝硬化程度怎样？还可治好吗”。一旦到了肝硬化阶段，要阻止疾病进展不是那么容易。因为有这样的病例，有些人一旦发现有乙肝感染，就担心自己会发展为肝硬化，开始四处求医，不恰当地过



早、过多的使用各种药物希望能阻止病变的发展，但不仅没有治好乙肝，反而伤害了肝脏，损伤了肝功能。通过这些病例我们可以发现，前者是因长期未予重视而忽略了定期检查肝脏病变，后者是过分关注肝脏病变给予过度治疗，结果两者均导致了肝脏病变的发展。那么，什么时候开始治疗乙肝最好呢？有检测方法可以提前知道吗？

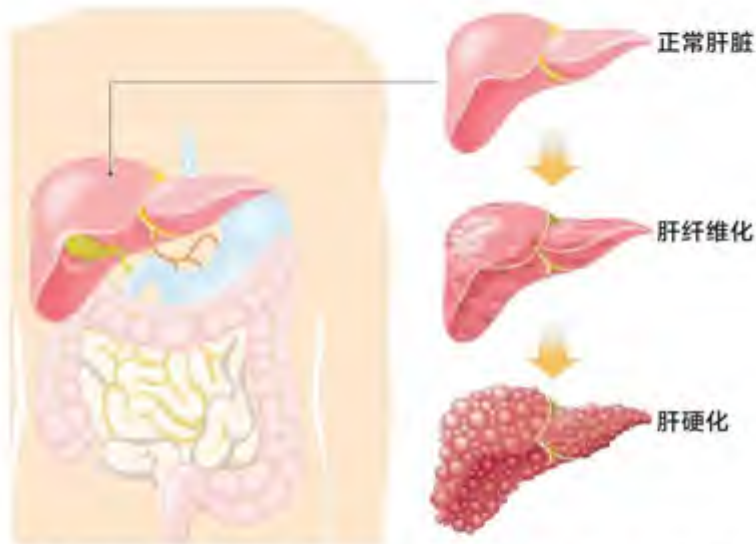
我们知道，肝纤维化几乎是各种慢性肝病向终末期发展的必经之路。我国慢性肝病中以慢性乙型肝炎最多，慢性丙型肝炎也不少见。这两类肝炎都因肝炎病毒复制，刺激了人体的免疫系统，造成免疫淋巴细胞在清除病毒时，“误伤”肝细胞，产生肝脏内炎症，肝细胞不断损伤坏死，诱导了纤维组织增生，致使肝纤维化。随着人民生活水平的提高，我国酒精性脂肪性肝病和非酒精性脂肪性肝病的发病率不断上升，如不积极治疗，损伤的肝细胞也可刺激肝内纤维组织的大量增生，由肝纤维化发展到肝硬化。肝

癌是各种肝病中最为凶险的疾病，常常同时伴有肝硬化。其他如药物性肝病、代谢性肝病和自身免疫性肝病等，也与肝纤维化有关。对医生和患者来说，能够早期发现肝脏纤维化，并给予患者合适的治疗就显得非常重要。

那么我们怎样才能发现肝纤维化呢？现有的各种影像学检查难以发现中、早期病变，病理组织学检查又存在太多局限，很难成为诊断肝纤维化的常规方法，也不易反复取材来对肝纤维化动态观察。还有什么其他办法吗？近年来，国内外学者更多关注于肝纤维化的无创性定量诊断。

瞬时弹性成像（Transient Elastography）技术已广泛应用于各种肝病的无创诊断。Fibroscan是一种新的无创性评估肝纤维化程度的检测手段，以瞬时弹性成像为原理，通过对肝脏硬度指标的测量进行肝纤维化程度定量评估。Fibroscan检测被广泛认可，但是随着使用范围扩大，该方法也有局限性：当肝组织中存在结节、肝癌等不均匀因素时，会影响检测结果的准确性；无成像引导功能，操作者需要依靠个人经验才能避开可能影响检测准确性的区域；身体质量指数（BMI） $>28\text{kg/m}^2$ 时，或腹壁皮下脂肪太厚及过于肥胖的患者可能妨碍弹性测定的准确性，需要配置不同的探头来尝试解决，这给临床工作带来一定的不便，也给患者检测造成误差和不准确。

近年，海斯凯尔公司推出的FibroTouch是全球第一台具有影像引导功能的无创肝脏纤维化检测设备，在瞬时弹性成像技术的基础上加入了二维影像技术以



及增加了脂肪含量的定量检测，以适应脂肪肝患者这个日益扩大的人群，有效的弥补了Fibroscan检测技术的不足。FibroTouch能在二维超声直视下避开囊肿、结节、大血管等组织影响，提高检测准确性；仪器使用动态宽频多适用探头，可满足各种人群的临床需求，尤其是儿童和肥胖人群；并可智能区分皮下脂肪和肝脏组织，直接定位肝脏组织，提高计算效率和精准性；检测全过程只需要约两分钟。研究已明确FibroTouch检测与Fibroscan有较好的一致性。而且比肝活检测量的组织范围大100倍，减少了取样误差，可重复性好，简单、方便、快速而且经济可靠。

目前临床上该技术主要应用于各种慢性肝病的肝纤维化程度测量以及脂肪肝的定量检测；慢性肝病的进展和治疗效果的动态随访监测；各类肝硬化并发症的预测；评估长期药物治疗所造成的肝损伤；评估各类代谢综合征

（糖尿病、高血压、高血脂）所引起的肝脏损伤。其临床适用范围广泛，还可用于普通人群肝脏状况的查体项目。

总之，肝纤维化是一个损伤和修复的动态发展过程。FibroTouch检测过程简单、无创、快速、重复性高、花费低，是一种理想的慢性肝病无创诊断技术。该技术能提高各种慢性肝病患者肝纤维化中、早期诊断的准确率，使医生和病人能够及早发现肝纤维化，并选择合适的治疗时机和治疗方案。像本文开头提到的例子，如果能用FibroTouch随访观察，就能找到治疗的最佳时间，从而减少病情进展为肝硬化的机会，避免盲目过早干预，也防止错过最佳治疗时机。因此，我们已进入慢性肝病的无创检测时代，每位肝病患者都应该充分利用这一技术，在医生的帮助下找到最佳治疗时机和治疗方案，尽量避免发展成肝硬化、肝癌。

八年“抗战”，何时是头

文·尹有宽（复旦大学附属上海华山医院感染科主任医师，教授，硕士生导师）



凌女士，25岁，2003年11月体检时发现自己有“乙肝大三阳”、肝功能正常，即到医院检查，HBV DNA为 7.98×10^8 拷贝/毫升，看到这么高滴度的HBV DNA，凌女士吓呆了，慌忙来到感染科门诊，以拉米夫定抗病毒治疗。经过2年余治疗，HBV DNA仍高达 7.28×10^8 拷贝/毫升，即改用恩替卡韦（博路定）抗病毒治疗，恩替卡韦治疗10个月后，HBV DNA方达 $< 10^3$ 拷贝/毫升，但仍为“乙肝大三阳”，每年多次检查均为以上结果。3年后，为了生育自行停服恩替卡韦，但停药4个月，HBV DNA逐步上升至 8.97×10^8 拷贝/毫升，肝功能正常。半年后，凌女士怀上了孩子。孩子半岁后，她又想到了缠身的乙肝“大三阳”，便再次回到她原来的医生处就医，检查结果仍为“乙肝大三阳”，HBV DNA达 9.72×10^8 拷贝/毫升，继续服用恩替卡韦抗病毒治疗。10余个月后，HBV

DNA降至 $< 10^3$ 拷贝/毫升，但“乙肝大三阳”挥之不去。

凌女士抗病毒治疗数年，每年数次抽血化验检查、每年20余次到医院配药，身体和心理都感到压力巨大，不知该如何是好。久而久之，由之前活泼大方、热情开朗的性格，逐步转为闷闷不乐、沉默寡言。与同事的关系也慢慢疏远起来、甚至“敬而远之”，就好像谁欠了她的债一样，对待家人也同样是爱搭不理，总感觉自己患上了乙肝，生怕传染给丈夫、孩子和亲朋好友，而且“乙肝大三阳”治疗毫无疗效，觉得活着没有什么意思。每天除了吃药就是抽血，枯燥乏味的重复治疗方式让她对生活慢慢失去了希望，年幼的孩子则成了她唯一活下去的寄托。

2013年9月中旬，凌女士来到我门诊，给她做了化验检查，虽然HBV DNA < 500 拷贝/毫升，肝功能正常，但HBeAg滴度仍高达1349.3 S/CO，抗-HBe为48.7 S/CO。我看了她的化验检查报告

后告知她，当年HBV DNA虽然滴度较高，但肝功能正常，她体内的免疫清除功能没有启动，在这种情况下抗病毒治疗作用不大，根本转不了“乙肝小三阳”。转不成“乙肝小三阳”，停抗病毒药后HBV DNA必然反跳，并告知她上次生育时曾停恩替卡韦两年，HBV DNA虽然反弹，但转氨酶没有反跳，她停药后很可能出现上次的结果，遂建议她停用恩替卡韦，只要每月定期检查HBV DNA、肝功能，如果转氨酶反弹，正是抗病毒治疗好机会。凌女士与丈夫商量后，同意了我的意见。凌女士停恩替卡韦后，坚持每月检查，停药2个月后HBV DNA逐步上升，4个月时HBV DNA高达 7.98×10^7 拷贝/毫升，但肝功能正常。继续随访1年，她的肝功能仍正常。凌女士心情逐渐开朗，性格也慢慢外向起来，在单位午休时，同事们围着她，听她讲遇到的各种趣事、乐事，对朋友也很热情，在家里，与丈夫也时常开开玩笑，喜笑颜开，一改往日沉闷的氛围，对孩子教育也寓教于乐，欢声笑语不断，一家人其乐融融。就连坐出租车时，她都能与司机聊个不停，同事和家人都说她仿佛换了个人似的。如今停药两年余，每3个月定期复查，也一直维持“乙肝大三阳”、HBV DNA高滴度，肝功能正常的状态，甲胎蛋白也一直在正常范围内，肝脾B超检查结果亦正常，病情保持稳定。



该患者为“乙肝大三阳”，从2003年开始抗病毒治疗，期间为了生育停药2年，后继续抗病毒治疗，一共抗病毒治疗长达8年之久，与乙肝病毒持续斗争了8年，可是这8年“抗战”的结果却不尽如人意，一直为“乙肝大三阳”，停药遥遥无期，每年无休止的抽血、配药也打垮了患者的信心，并为此性情大变，由原先的活泼开朗的性格变得闷闷不乐，生活笼罩在乙肝的阴影中。究其原因，就是该患者在开始抗病毒治疗时肝功能正常，对于“乙肝大三阳”患者，HBV DNA阳性，肝功能正常，

大多数肝组织无炎症或炎症较轻，年轻人肝组织炎症情况尤为明显，此时人体清除乙肝病毒的免疫力较低，抗病毒治疗疗效无效或极差。必须明白一个道理，药物只是外因，人体的乙肝病毒免疫清除能力才是内因，外因只有通过内因才能发挥抗病毒能力，只有当ALT升高时，人体清除乙肝病毒的免疫能力才较强，再给予抗病毒治疗，才能提高抗病毒疗效。在ALT正常时，盲目进行抗病毒治疗不但无效，而且很容易使乙肝病毒对抗病毒药物产生耐药。目前抗病毒药物品种有限，使用干扰素有一定的局限性，口服抗病毒药只有5种，一旦抗病毒药耐药无效后，会使临床治疗非常困难，以致无抗病毒药使用的地步，不但浪费钱财和时间，而且会心情烦恼，影响健康、影响工作。2013年9月，该患者来到我门诊，在了解了她的治疗经历后，进行了详细的沟通，鉴于该患者开始抗病毒治疗时肝功能正常，曾经停药2年，虽HBV DNA反弹，但病情始终稳定，并未复发，遂建议她停药，停药后定期随访。患者听从了我的建议，每月检查，虽然HBV DNA逐步上升，但肝功能维持正常，直到现在也未反弹，患者如释重负，心情乐观、开朗，恢复了原来的生活和工作状态。

对于慢性乙肝HBV DNA高滴度，但肝功能正常者不能随意抗病毒治疗，不要重蹈凌女士的旧路，当然也不能漠不关心，须每年定期检查，抓住抗病毒的机会。为了抓住抗病毒治疗机会，对于持续转氨酶正常且HBV DNA阴性的患者，建议至少每6个月进行1次HBV DNA、ALT、甲胎蛋白和B超检查。对于转氨酶正常但HBV DNA阳性者，建议每3个月检测1次HBV DNA和转氨酶，每6个月进行甲胎蛋白和B超检查。ALT在正常值上限上下时，应该每2周进行1次肝功能检查。HBV DNA和转氨酶检查是为了尽早抗病毒治疗；甲胎蛋白和肝脾B超，可以观察有无肝硬化和肝癌。

抗病毒是慢性乙肝治疗的关键方案，而抗病毒治疗的适应证必须HBV DNA阳性（“大三阳”为大于等于 10^5 拷贝/毫升、小三阳为 10^4 拷贝/毫升），同时ALT达到正常值上限2倍或高于正常者上限。但如有较重肝纤维化和40岁以上HBV DNA阳性者和病情进展者，ALT异常即可抗病毒治疗，但需要排除脂肪肝等原因引起的转氨酶升高，肝硬化者只要检查到HBV DNA，就可抗病毒治疗。



一位肝硬化患者 自行停药酿成的悲剧

文·周智（重庆市肝病治疗研究中心、重庆医科大学附属第二医院感染病科副主任，主任医师，教授，硕士生导师）

最近，我的一个患者病情无法控制，在短短1周内就去世了，我几周都没有放下，这在以前没有发生过。主要原因是他的病情原本不该这样，是他自己的固执导致了死亡，下面给大家说说，希望有类似情况的朋友能够引以为戒。

患者周某，40岁，体操教练。5年前诊断为肝硬化，但一般情况很好，没有肝掌、没有肝病面容，综合分析应该是肝硬化的早期。当时按照病情需要给予了抗病毒治疗，以后每3个月定期到医院检查，和我沟通非常

好，节假日经常收到他发来的祝贺短信。可感觉近1年来他没有来门诊看病，当时想患者可能另外找医师了，就没有太在意。3周前，患者突然来住院，说是肝炎发了，皮肤、巩膜黄染来住院了。一问病史，患者告诉我抗

病毒的药已经停了1年，了解病情后我几乎暴跳如雷，严词告诉患者可能的后果，患者本人好像根本没有感觉，同科的医师也说我怎么反应如此强烈。结果患者病情进展非常快，虽经全力抢救，但入院还不到10天就因医治

切记按时按医嘱服药



无效死亡。最后追问家属，患者自行停用抗病毒药物，家属要求他问问医师，他坚持自己状况很好，没有问题，停药后又没有及时监测。

这本是不该发生的死亡事件，可是作为专科医师，几乎每年都可以看见停药后病毒反跳导致病情恶化或死亡的病例，为何这些患者就听不进医师的意见呢？目前抗乙型肝炎病毒的药物只能抑制病毒复制，而不能杀灭病毒，需要长期服药，如果贸然停药，病情会明显加重，尤其是有基础肝病的患者更是如此。如果经济状况差，宁愿刚开始就不抗病毒，以避免不能坚持治疗，中途停药。

乙肝抗病毒治疗的目的是为了抑制病毒改善肝功能，尽量减少或延缓肝硬化及肝癌的发生，从而提高生活质量延长生存期。

目前口服抗病毒药物的作用机理是抑制病毒复制，不是杀灭病毒。从这个意义上讲要控制病毒复制，这类药物需要长期服用并且服药期间需要定期监测，对于高耐药的品种如拉米夫定、替比夫定需要3个月复查1次，对于低耐药的恩替卡韦、替诺福韦，5~6个月复查1次，这样可以密切监测病毒复制情况、病情变化等。口服抗病毒药物疗程一般较长，至少3年以上，有些患者只听到3年，到了3年就自行停药。更有甚者在治疗过程中监测到肝功能正常，乙肝病毒阴性就停药，导致病情复发，个别患者无法控制病情，最终死亡，带来惨痛教训。抗病毒治疗具有很强的专科特性，患者需要在专科医生指导下规范化治疗和监测方能取得满意效果。

这类药物不是说一定要终身服药，不能停药，只是要在严密监测情况下停用，最好有专科医生参与，比如停药后前6个月内病毒容易反跳，每1~2个月检测1次，发现病毒从阴性转为阳性，需要立即重新治疗。如果监测1年以上，病毒均未反跳，再反跳的机会很小，这样停药就比较安全。如果服药之前肝功能很差或者有肝硬化基础，停药要特别谨慎，因为这样的患者肝脏代偿能力差，一旦病毒反跳易导致肝衰竭，甚至危及生命。本例患者几年前即是肝硬化，肝脏潜在的代偿功能差，停药后又未及时就医，最终导致了死亡的结果。

仅以此例告诫所有抗病毒治疗的乙肝患者，用核苷类似物抗病毒治疗时用药、停药一定要谨慎，最好在专科医师指导下用药。

【编者按】：医患之间的沟通在临床工作中有十分重要的作用，同时沟通又是一门艺术，只有在工作中用心去体会患者的需求，用真诚去感染对方，用渊博的医学知识和熟练的技术使患者产生安全感，用高超的语言驾驭能力在医患交流中化解矛盾，营造和谐，才是一位合格的医务工作者，才是创造现代化医院所必须的人才。医患沟通中的书信交流是非常温馨和富含人情味的，洋溢着浓郁的人文情怀和服务责任感，拉近了医患之间的距离，融洽了医患关系。在这里，我们撷取了深圳市第三人民医院中西医结合科主任聂广教授给一位乙肝患者的母亲的回信，以飨读者。

抗病毒还是等待： 给一位乙肝患者的母亲解惑

文·聂广（深圳市第三人民医院中西医结合科主任，主任医师，硕士生导师）

患者的一封来信



尊敬的聂广主任：

我想给您写这封信已经很久了，提笔祝您工作顺利，心想事成。

两个月来，我一直在考虑抗病毒治疗一事。但决心一下，眼泪就忍不住地流出来了。迟迟不敢踏上抗病毒治疗这条前途未卜又没有归期的“贼船”，主要出于三方面原因：

1. 对耐药和病毒变异的恐惧与经济条件的制约

一旦耐药出现或病毒变异，就意味着后续治疗的复杂化和经济成本的增加，这样就我的家境来说，随时可能因经济条件限制终止治疗。儿子今年24岁，终身服药太可怕。抗病毒治疗要靠我们夫妻

提供资金保障，而我俩现平均年龄54岁，有生之年还有多久？

目前，恩替卡韦五年内耐药问题还是可以放心的，但如果24周评估应答不好的话，上述的问题就会出现。现在的ALT值是140，在上限的3~4倍内，距5倍以上的理想值还差点，是否是影响疗效的因素之一？

2. 面临依从性与生活现状的实际问题

清除期的出现恰遇毕业求职的节骨眼上，目前工作无着落，毕业后去哪里没确定，找工作是否顺利？体检的关怎么过？是否遭遇乙肝歧视？这是要面对的第一项——“精神压力”。即便找到了工

作，工作强度是否吃得消是第二项——“身体压力”。当他发现谋生、治病、交际、婚恋、成家处处要钱花又都迫在眉睫时，又将遭遇“经济压力”。总之，会比常人有更多的不如意要面对。抗病毒治疗，即便我把坚持服药的重要性强调再多些，身边没人督促的话，他能坚持多久？我放不下心。所以让他了解并掌握一些有关乙肝的知识，认识坚持服药的重要性还需时日。我认为能拥有一份工作对依从性的建立和保持具有十分重要的意义。暂缓抗病毒治疗是想找一份工打，先服用保肝药（水飞蓟），有培养服药习惯之意。

3. 自发清除的侥幸心理与对医学发展的期待

能自发清除的报道鼓舞人心，但对于母婴垂直感染者有几分可能？至今还未见到有关研究的数据统计报道。在清除期的开始就实施阻止肝损害（保肝）行动，先抵挡一阵子（半年到1年），是我自以为是的想法，不知是否保险？我理解抗病毒治疗应该是同时具备适应证、依从性、经济条件三项的，而且缺一不可。

还有，据说我国研发的乙肝新药——异噻氟定和乐复能已获得了国外的专利，那么国内临床用得怎样呢？是否比核苷类药物更有优势？

总之，现在是抗病毒治疗的适应证已具备；资金十年之后难以保证，依从性目前心中无底。但不尽快抗病毒治疗，我更是惶恐不安。

附：近4年检测数据（略）

此致

敬礼

#年#月#日



#女士：你好！

看了你的邮件，让人非常感动，我从另一个角度更进一步理解了“可怜天下父母心”的涵义！

的确，你看了很多资料，对本病的治疗也有了更多了解，几乎可以说是“儿病成良医”。但所谓临床经验，实际上就是能够抓住主要矛盾，权衡利害得失，将“指南”所确立的治疗方案恰如其分地落实到每一个具体的患者身上。按照你儿子的情况，我还是坚持认为应该考虑抗病毒治疗，主要是超声波提示肝回声增粗，分布不均，这是肝纤维化的表现，而且长期肝功能异常又是肝硬化和肝癌的促进因子，不是护肝治疗就能够解决的问题。关于治疗，目前的诊疗指南是国际性的，那些没有纳入“指南”的治疗药物或疗法不是临床证据不足，就是没有可靠疗效，因此我们一般不予考虑。尽管如此，我们目前仍然认为“慢乙肝是治不好的”（相对于慢丙肝可以治好而言），那些短期内抗病毒治疗停药没有病毒学反弹的患者，往往是借助自身的免疫清除，而完全靠药物控制必须是长期治疗。但是，虽然抗病毒治疗不能短期彻底治愈乙肝，目前的抗病毒治疗却能够明确地控制病情，阻止疾病进展（临床证据1级），这是抗病毒治疗诞生之前无法做到的。

记得25年前，文献提示其乙型肝炎肝硬化5年生存率55%；也有文献表明，代偿性肝硬化6年生存率54%，失代偿性肝硬化6年生存率21%。现在，虽然没有药物可以撼动慢性HBV的复制模板cccDNA，即不能彻底治愈慢性乙型肝炎，但核苷（酸）类似物的问世也是里程碑式的进步。早期肝硬化规范抗病毒治疗，完全可以将病情静止下来而不进展到失代偿，肝癌的发病率也大幅度下降。至于慢性乙型肝炎，通过规范地治疗和随访，完全可以避免肝硬化的发生。我们现在已经从其上游（预防接种）和下游（控制HBV DNA复制）两面包抄，最终征服慢性乙型肝炎的征战已经开始：就预防而言，几代人之后，慢性HBV感染将变成小概率事件；就治疗而言，失代偿肝硬化、肝癌等恶性事件正在减少之中。

我的看法不一定准确，你可以再咨询一些其他专家（一定要是传染病专业的）。

此致

敬礼

聂广
#年#月#日

欢度佳节小心肝

文·陈玉帅

指导专家·王炳元（中国医科大学附属第一医院消化内科教授、
主任医师，博士生导师）



春节是中华民族的传统节日，也是全年最重要的节日，也许很多人都已经做好了吃喝玩乐、聚会娱乐的准备。团团圆圆、热热闹闹是春节的重要主题，但是绝不能以身体健康为代价，注意保护和维护心肝、肾等重要器官。吃得过饱、喝得过多、玩得过度、乐过极限都会伤及肝脏，特别是患有各种肝病的人，吃喝玩乐都可能是火上浇油，加重肝脏损伤，甚至导致悲剧的发生。为此，本文给您提供一些护肝小贴士，希望能助您度过一个健康愉快的春节。

一、吃——科学饮食



肝脏不仅是人体的代谢解毒器官，更重要的是营养物质的代谢和转化器官。患有慢性乙型肝炎或丙型肝炎的肝脏，由于肝细胞的大量坏死，肝脏的容积明显减少，不能承受暴饮暴食所带来的大量营养物质的代谢，特别是大量油脂在肝脏堆积形成急性脂肪肝，继发肝脏严重损伤。原来就有脂肪肝的患者，还可造成脂肪性肝炎，而出现黄疸、腹水，甚至肝昏迷。

各种肝病患者胆汁分泌不畅、质量下降，导致消化功能减退，大量的过剩食物储留在胃肠内，在细菌的作用下产生大量的气体，患者往往出现或加重腹胀；有害物质产生增多，被大肠重新吸收后，加重肝脏的解毒负担，长此以往，必将加重肝病病情。

科学健康的饮食要求患者一定要有良好的心态，像平时一样不可过饱，七八分饱最好，做到饮食清淡，“一适两低”（即适量蛋白、低糖和低脂肪），限制热量的摄入，可用新鲜蔬菜和瓜果填补一定的饥饿感，还可满足机体对维生素的需要。特别提醒，肝病患者的营养储备较差，节日消耗增多，建议一日三餐外，适量加餐，特别是睡前喝杯牛奶或吃些点心。

肝硬化患者存在不同程度的门脉高压和侧支循环形成。由于侧支循环的血液中含没有通过肝脏解毒的胃肠道吸收的营养物质（糖、脂肪和氨基酸等）和有毒物质（氨、醇等），后者可直接导致肝昏迷，所以肝硬化患者不能食入过多的高蛋白质食物（鸡蛋、大虾等），并

注意荤素搭配。

食管静脉曲张是肝硬化侧支循环的重要表现之一，过快过饱“吞食”挤压食管曲张的静脉，或严重的腹胀造成腹腔内压力过高，或过食后的剧烈呕吐直接加剧食管静脉压力，结果发生曲张的静脉破裂出血危及生命，造成乐极生悲的结局。建议有食管静脉曲张的肝硬化患者，更要重视细嚼慢咽，不要吃麻辣烫等刺激性食物，不要过度饮酒。

腹水是肝硬化门脉高压的重要表现之一，也是引起肝硬化各种并发症的重要根源。适当增加优质蛋白、防止消化道出血是防止腹水发生与增加的重要措施，还要限制食盐的摄入，由于各种烹饪的食物都多少加入了食盐，其他食物都尽量低盐为好，否则会加重腹水。水分不要过分限制，只要每天尿量大于1500毫升，就应该随意饮水。因为胃肠道有良好的屏障功能，能够根据身体需要调节水分的吸收与排出。最好是白开水，每天约2000~2500毫升，尽量不要饮浓茶或带颜色的饮料。白开水可增加循环血量，增进肝细胞活力，以促进机体代谢及代谢废物的排泄。

二、喝——滴酒不沾



“滴酒不沾”是肝病患者的行为准则，节日期间也不例外。酒精既能溶于水，又能溶于油，不但吸收快，而且可以随意进入身体任何器官。酒精主要在肝脏分解，完好无损的肝脏是基础。各种肝病患者的肝脏要么细胞数减少（各种肝炎），要么质量差（脂肪肝）。所以患病的肝脏遇到酒，等于干柴遇到火——瞬间毁灭。无论什么理由，肝病患者一定要远离酒精，更不能“酒逢知己千杯少”，“不醉不罢休”，要终生成酒。

三、玩——防止过劳



节日里亲朋好友都休息，免不了相互拜访，打牌、打麻将、看电视等。有病的肝脏需要丰富的血液输送氧气，充足的营养物质

促进肝脏修复。感情交流的同时不要过度劳累，过劳可消耗大量营养和氧气，导致肝脏能量供应大幅减少，削弱肝脏的抵抗力，会使肝脏病情加重，甚至可能危及生命。

科学的休息可减少体力消耗、降低肝脏负荷，增加肝脏的供血，使得肝脏能够有充足的氧气及营养物质进行自我修复，所以合理的休息甚至胜过药物治疗。仅仅身体休息还是不够的，大脑也要休息，即精神也要放松，情绪要饱满，排除不必要的顾虑，调动机体战胜疾病的旺盛机能。只有身心都得到充分的休息，肝脏才能进行自我修复，病情才会得以缓解。

四、乐——玩有节制



长假选择旅游者不在少数，领略和体会大自然给人类带来视觉美感和舒适环境之外，也要注意动有适度、玩有节制、乐在健康。

肝功能比较稳定的患者要积极参与社会活动，保持乐观开朗的性格，经常与人交流沟通，有助于舒缓心情、肝气顺畅，有利于肝病的恢复。不建议长途旅行，特别是团队旅行。因为自己不能控制节奏，容易过度疲劳，睡眠不足，营养不均衡等，均可加重肝脏损伤。

适当运动不仅锻炼身体，还有利于舒缓情绪，养肝健身，培养情操，但绝非剧烈运动，选择适合自身条件和爱好的运动方式，如慢跑、快速步行(每分钟大约110~120步)、骑自行车、跳舞、游泳、打太极拳等。每天1次，每次持续30~60分钟，出汗但不喘息，以运动后疲劳感于10~20分钟内消失为宜。运动时还要注意防寒保暖，及时增减衣服，原则上“宁热勿凉”。

肝病患者机体免疫功能低下更易被各种致病因子感染，尽量少去人群密集的公共场

所，防止趋于好转的疾病再度活动或恶化。探亲访友、迎来送往时要根据气候变化，都要以健康为首位，多数亲友都会理解的，不要一意孤行，甜中生苦、乐极生悲。

五、心——健康至上



除了吃喝玩乐需要注意外，还要保持一份平常心。春节仅是一个节日，是人为制造的一个亲朋好友团圆、快乐的日子，与平时的每一天没有区别。不要影响肝病的正常保健和治疗，到时就吃饭、到点就吃药，春节年年有，前提身体好。节前最好到医院做个检查，请医生为健康把关，该住院就住院，该治疗就治疗，病情确实稳定的患者，在家才能安全、放心地过节。否则应在医生护士的陪伴下，在医院度过一个不平凡的节日。过节期间身体有任何不适(如不明原因的精神异常等)，或有和以前不一样的变化(呕血或便血、下肢或阴囊浮肿等)都要及时就医，特别是肝炎、肝硬化患者的抗病毒治疗绝对不能停，有消化道出血者必须到医院做止血治疗。

春节是一个符号，春节是新的一年的开始，祝愿所有读者朋友平平安安、快快乐乐地度过这个佳节，祝愿大家在新的一年健康快乐!

头孢类抗生素的合理使用

文·李秀英（泸州医学院附属医院药剂科临床药学博士）



头孢类抗生素为抗生素的一种。第一个头孢菌素在20世纪60年代问世，目前上市品种已达60余种。由于该类药在临床上应用广泛，现将该类药物的特点及使用注意事项介绍如下，希望能帮助读者更加合理地使用该类药物。



头孢类 抗生素的特点

一、分布性

头孢类药物可分布于身体各个部位，因此各个组织器官发生了感染，只要致病菌对头孢敏感都可以选用它。它是一种杀菌剂，浓度足够可以将细菌杀死，而不像四环素、红霉素、氯霉素等抑菌剂，常规剂量下主要起抑制细菌生长的作用。因此头孢类药物可以用于比较危重的感染。

二、抗菌谱

头孢菌素的抗菌谱比较广，对临床中各个科室如内科、外科、妇产科、皮肤科多数常见的致病菌，头孢菌素往往都有一定的抗菌活性，因此在临床上应用甚广。

三、耐药性

细菌如果产生一些破坏某些抗菌药物的酶，可对某些抗菌药物产生耐药，比如细菌对青霉素耐药了，头孢菌素则对细菌产生的这种酶大多数比较稳定，就能替代青霉素杀死细菌。头孢菌素口服的品种相对较多。这是因为有不少品种口服进胃，人体的胃酸难以破坏它，药效比较稳定。和青霉素比，青霉素过敏反应发生率比较

高，尤其是青霉素会引起过敏性休克而致命。头孢菌素分子结构与青霉素有相似之处，也会产生过敏反应，但是发生过敏反应的比率要比青霉素低，产生过敏性休克的发生率则更低了。由于以



上的特点就决定头孢菌素在临床上具有较高的实用价值。

由于头孢菌素具有上述优点，所以得到患者、医生的青睐，病人一旦感染，有发烧，不管是什么样的感

染，立即使用头孢菌素特别是3代头孢菌素。由于该类药物在我国生产量很大，价格又便宜，因此，过去滥用较严重。大量滥用头孢菌素，结果导致这类药物的良

好抗菌作用大大减弱，由耐药菌引起的感染在临床上就很难处理了。因此，合理使用头孢菌素非常重要。那么作为患者，在使用头孢菌素时应该具备哪些常识呢？

头孢菌素 的使用注意事项

一、忌酒

头孢孟多、头孢哌酮、拉氧头孢在用药期间和停药3天内应该忌酒，否则会引起醉酒样症状如恶心、呕吐等，这些症状常发生于用药72小时后。是由于该类药物引起血中乙醛积聚所致。

二、体温

抗菌药物疗程因感染不同而异，一般宜用至体温正常、症状消退后72~96小时。

三、药品更换

抗菌药物品种不宜频繁更换，一般应观察72小时，重症一般观察48小时后，可进行必要的药物品种与方案的更替。

四、皮试

众所周知，在使用青霉

素之前需要做皮试，但是在使用头孢菌素类药物不需要做皮试，这是由于头孢菌素类过敏反应很少，后果较轻；头孢菌素皮试预测价值也未肯定，头孢菌素皮试方法尚未定型。但是对青霉素过敏的病人，使用本品需谨慎，因为对青霉素过敏的病人很可能对头孢菌素过敏，即头孢菌素类抗生素与青霉素类药物有交叉反应的报告。

五、口服和静脉滴注

现在有不少病人为了追求早日康复，会主动要求医生给其静脉注射头孢，这是不妥的。到底要不要用头孢，要不要静脉给药，要遵循医生的决定。在应用头孢菌素的时候要有轻重取舍，感染比较轻就选口服，各代头孢菌素都有口服制剂。感染较重，可选用静脉给药。通常采用静脉滴注，而尽量少用推注。为什么这样呢？

这是因为头孢菌素也会产生不良反应，如果病人对它产生严重的过敏反应或其他危重的不良反应，若采用推注，药物已迅速入血，医生无法终止给药。而采用滴注，哪怕滴得快，病人一旦出现不良反应，就可以立即把滴注速度调慢，甚至可以立即夹管，终止给药。让医生能争取到抢救的时机。



从日本到加国，我这10年的

奋斗

文·韩宇

作者的话：

我写此文的目的，是想跟乙肝战友们分享我的心路历程。我不是什么牛人，也远远没有实现财富的自由。因为乙肝，我当年那么焦虑地生活过，可是有一天，我豁然开朗了。任何时候都不要放弃希望，去搜索各种信息，理性选择你可以达到的路，然后坚持不懈地努力，最后总会得到你所需要的幸福。

大学的记忆

大学开学还没满1个月，我被大学招生办通知休学，原因是新生体检不合格，需要治疗康复之后再回校。我对澳抗阳性，转氨酶升高这个概念还不清楚，一休学就是1年啊，刚入大学的喜悦被立刻瓦解了。在此之前，我上学的12年里，从来没遇到过什么大的挫折，我在宿舍里以泪洗面。去了校医院报到，医生告诉我这是乙肝。复查需要1周左右的时间才出来结果。我在焦急地等待着。在结果出来之前，课都不上了，老师点名时我也被认为是一上大学就开始逃课的坏学生。体检结果终于出来了。转氨酶正常是低于40（丙氨酸氨基转移酶，即ALT，单位为U/L；后同），我是47，而第一次体检是60多。校医院对我网开一面，说我可以继续留在学校。

相信这种感觉很多人都有过。自卑，焦虑，失落，惆怅，得过且过，任何消极的词都可以用在我身上。当然我不能把大学学习成绩不好归结于心中的阴影。我其实是一个挺刻苦好学的人，只是对于hbver（乙肝病毒感染者自称）找不到工作的担忧，让我失去了动力。

大二时上选修证券投资和股票交易等课

我1983年出生在江苏的一个农村，2001年进入北京一所“211”大学读计算机专业。在这之前的日子里，没有多少波澜。和无数同龄的为了应试教育过“独木桥”的学生们一样，通过努力学习，努力改变自己的未来。大学入学之后的新生体检过后，我被通知休学，我痛苦的日子才刚刚开始……

程，让我对经管学院的课产生了兴趣。那时候学校常有给MBA学生开的一些论坛，经常去听。虽然每次都听得心潮澎湃，可是我的未来在哪里呢？我是hbver。看着别人花前月下，卿卿我我。而我总是愁眉紧锁，对未来没有把握。我暗恋过好多女同学，也暧昧过。可是我不敢进一步，因为我怕失败，我不自信，我是hbver。

大三开始复习考研，准确的说，也是为了逃避。找不到工作就先继续读下去吧。在准备考研的过程中，我的肝炎发病了，这也是我第一次发病。之前的只是慢性的肝损伤。我发现问题是因为我真的很疲惫，而且不想吃饭了。我原来是非常能吃，食欲非常好的。我的转氨酶到了200多。病毒数到7次方（拷贝/ml）。



2005年春天，对我来讲是不可以有半点懈怠了。之前放弃了考研，好好养病，一个寒假的好好休息，加上服用拉米夫定，所有的一切都

日企的工作

毕业设计，找工作……我没有时间也没有理由去等待什么了，唯有主动出发。IT是个实践性非常强的科目，在过去的3年多里，基本上我都是混过去的。我给自己的定位是做软件开发工程师。然而还是体检的问题困扰着我。4月份我得到了第一份工作，我跟人事处坦白，我是hbver，她让我去做了HBV DNA检查，最后还是留下了我。我很感谢我的第一份工作，开始往往是最难的，在工作中我逐渐找到了自信。

2006年初，我报了新东方一个日语初级班，3200元的学费。差不多有4个月左右，每个周六、周日我都要上6个小时的课。可以说那几个月我没有周末。到了2006年6月，日语课结束了，也已经做了两个项目，公司给我的薪水增加到3500元。我打算跳槽。虽然我也很茫然，但是我只是想拼一下。2006年8月，我离开了给我第一份工作的公司，去了伪日企B，之所以说B是伪日企，因为这个公司和日本没有任何关系，只是招了几个员工，放到日企里做外派。项目不错，是给日本的通信运营商做一些服务器端的软件。这是非常好的工作机会。问题是加班很多。基本上晚上都是9点左右下班，忙的时候甚至到凌晨。还好，那时住得非常近。走路不过10多分钟。所以索性



是希望能够恢复健康。拉米夫定似乎是当时唯一的核苷类药物。效果非常好，HBV DNA定量很快查不出来，肝功也正常了。



有点把公司当家的感觉。

2007年春节回家的路上，邂逅了我的第一段感情，女孩A。也可以说是因为她，让我觉得有放弃去日本梦想，在工作了8个月之后，我离职了。我想为她留在北京。也许我没有给她足够的安全感，我最终被拒绝了。当然，我还没来得及跟她说起hbver的事，而此时我去了一家创业的互联网公司C。

这时，我开始了自己的第二段感情，女孩B。我和女孩B的家庭背景很相似，而她那时也是单身，她的性格以及努力都是我喜欢的类型。我跟她表白了，虽然我内心没有什么把握，对未来也没有太多的期待。她说她也很欣赏我，只是对于我要去日本，她有点不知所措。我很矛盾，为她放弃去日本吗？可是我怎么跟她说hbver的事。我终于跟她说我是hbver了，而从那以后，我们再没有什么来往……这是让我很痛苦很尴尬的事，也许我对她有点误解，只是我们连普通朋友做不了，后来QQ里也不见她了，她似乎删掉了我所有的联系方式。

最终在公司C只待了两个月，我辞职了，去新东方上了日语中级的培训，然后找直接去日本的工作机会。2007年7月，我的第一个去日本的机会来了。之前面试过的一家公司，让我去东京出差3个月。这3个月也确实是非常忙碌的3个月，基本上是从早10点工作到晚10点

从住所到公司有1个小时的车程。但东京的灯红酒绿还是满足了我第一次出国的好奇。

我一直没有忘记我是需要吃药的人，每次出行之前，总要好好检查身体，带足够的药。我也为医院贡献了很多我的血汗钱。还好之后的日子里，身体一直比较稳定。

2008年6月，我拿了1年的工作签证正式开始我在日软件工程师的生涯。像我这样在日本谋生的中国IT民工其实很多，不过绝大部分都应该来自东北。我在日本的工作并不太顺利。此后，在日本不到3年的时间里，我为3家公司工作过，失业没有工作的时间也超过了半年。在日本的收入不算高，但跟国内比，至少

也有3倍了。我是一个很节省的人，所以绝大部分的收入都可以存下来的。很多人说日本工作很辛苦，老板不把员工当人看。这是不准确的。确实日本的公司大多有加班的文化。但就事论事，我就认识在日本工作了近10年，几乎从来没加班过的IT人。而且日本的公共假期很多，黄金周长假、夏休、新年长假，都是7天甚至更长，每个月几乎都有一次3天连休，所以假期比中国可能要多20天左右。由于2008美国金融危机造成很多公司都砍掉项目，老板要给我降本来就很低的工资，所以我离开了。因为选择离开前我又有了新的计划。

东京爱情故事

那是2008年东京的第一场雪，比以往的时候来得更晚些。开个玩笑，东京的冬天很少下雪，还是挺温和的。更暖的是我的心，这种暖来自Annie。说实话，海外华人虽然越来越多，但是大家的圈子其实还是很小，而且基本上就是和身边的一些华人来交往。不管是在日本还是加拿大，单身女性的人数要远超过男性。男性大都已经结婚，甚至拖家带口。而单身工作中的女性却很多。Annie生在北京，大学毕业之后到了日本工作，算起来比我早了3年。她特别吸引我的地方是我们无话不谈，很轻松很随意。我们热恋了半年之后，回国见了双方的父母。而我一直隐瞒着我所担心的事情。2009年6月份，我给她发了一封很长的邮件，说这个事。1周之后，她给了我一个答案，她不会离开我。虽然她责怪我没有更早告诉她，这样她可以更早地检查身体，打疫苗。我们其实一直在讨论我们的未来，留在日本还

是回国，继续当“码农”还是寻找其他的机会。9月份，我们去中国使馆领了结婚证，Annie成了我太太。

我和太太的计划是准备移民加拿大。职业方面我是符合要求的，工作经验也满4年了，唯一需要努力的就是雅思要达到2高2中（大概相当于6.5和7分），我知道这是一个艰巨的任务。我参加了环球雅思的辅导班。一共花了6个月的时间，考了两次雅思，第一次是6分，第二次是7分。我知道加拿大已经离我很近了。2011年3月，加拿大给我敞开了大门，我更渴望在北美广阔的天地里，寻找生存的意义。



北美，我来了

看过《别了，温哥华》的人都知道《北纬49°的雨》这首歌吧。2011年，温哥华的雨季比以往的时候更漫长一些。从5月到9月，我在温哥华住了4个月，之后搬到了多伦多。因为我

太太回国处理一些事情，所以在温哥华我租住在Burnaby（本拿比市）一个台湾人家的半地下室里，房租是400加币。虽然我不至于穷到非住地下室不可，只是未来很不确定，经常要

搬家，这里比较灵活。环境还算不错，除了连绵的阴雨造成低气压以外。在温哥华的日子里，我上成人高中读英语，去美食广场打零工。3个月，我受够了这样的日子，这不是我要的生活。虽然我也尝试找些IT的工作，然而一个正式的面试都没有得到。同样，我认识不少IT人转行了，或者在打零工过渡着。

在到多伦多1个月之后，我就找到了一份收入比我在日本还高的IT工作。虽然这里的税负要更高些。1年之后，换了一份工作，收入达到加拿大家庭平均收入水平。在这1年里，我搬了4次家，最终搬到自己买的房子里；申请了父母来探

我对乙肝歧视的看法

老实说，如果非要说我遭遇过多少严重的歧视，那也是不诚实的。我所从事的工作，决定了我基本上都在民营企业工作，有很大的流动性。我仅能列出一些让我觉得异样的不舒服的片段。



在大学时，某团委工作的老师曾经问我为什么不参加军训，当他知道后，闪电般地离我一段距离，而且表情透出一种嫌弃。那个曾经喜欢的女孩，断绝了与我所有的联系。在之

结局：我在给别人画饼

这篇文章，算是我对过去10年的一个简单总结吧。曾经我非常痛苦绝望过，曾经我斗志昂扬过。我一直觉得我的运气很好，我的太太很旺夫，我也希望以后能一直旺下去。我在给我的父母，还有一些亲戚朋友们画饼，描述加拿大的美好。

亲，在我太太怀孕生孩子的那段时间，他们的到来给了我们更好的帮助；去了美国，美国的商品真便宜，将来加拿大混不下去了，就去美国吧。广袤无垠的北美，大有可为。



后找工作面试时，曾经有一些公司让你填表时，居然有一栏：是否有乙肝。在之后的国内的入职体检中，我也曾经作弊过。

但是，我更感谢那些胸怀宽广的人：大学4年的舍友，一开始就知道我是一个hbver，但从来没有嫌弃过我；因为当年要休学，大部分同学也知道，我没有感受到来自于他们的不一样的眼神；几位大学同学在毕业后依然和我一起合租了一段时间；给我第一份工作的公司的人事经理。如果这是正常的，也许感谢也是没有必要的。当然，我还是想感谢。

而此后的工作中，我没有必要再向谁陈述自己是hbver这样的事了。因为那是很个人的隐私。在日本工作，没有听说过有入职体检的要求。健康检查是福利，没人关心你是否足够的健康，更不能把它作为是否和你一起工作的条件。

10年来的奋斗经历让我明白，任何时候，心态都要积极，不要放弃梦想。即便失败了，至少过程是有意义的。从这个意义上讲，此生我不会后悔。我非常珍惜现在的机会，现在的工作，家庭，孩子……希望阅读本文的朋友都能够找到你们理想的生活方式。

新疆维吾尔自治区中医院肝病科

新疆维吾尔自治区中医院肝病科是医院传统优势学科，科室始终秉承中医、中西医结合的特色，发挥医疗服务优势，广泛交流，辐射各地市州。

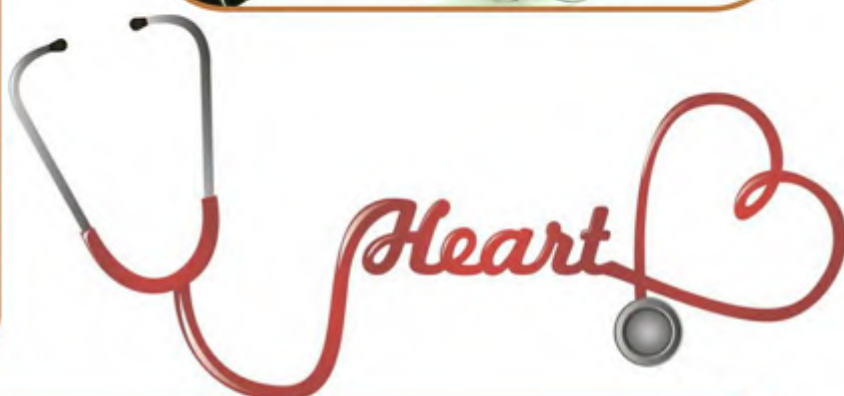
新疆维吾尔自治区中医院肝病科现有编制床位52张，年门诊量40000余人次，年收住病人近3000人次，年业务收入7000余万元。肝病科现有各级医师15人，其中有国家级名老中医（特贴专家）2人，主任医师3名（教授1人、副教授2人），副主任医师4名，主治医师6名，博士研究生导师1人，硕士研究生导师2人，博士研究生2人，硕士研究生学历8人，

均具有丰富的临床、科研、教学经验。

该科室现已开展腹水超滤还输治疗、肝穿活检术、肝纤维化无创检查、人工肝支持治疗、食道胃底静脉曲张套扎及硬化治疗、脾动脉栓塞术、肝动脉栓塞加灌注化疗术、经颈静脉肝内门体分流术等国内先进诊疗技术。该科室紧跟学术发展前沿，采用中西医结合系统治疗各种肝病获得良好疗效，其中复肝膏贴敷、茵茵颗粒、清毒调肝方等为科室特色制剂，结肠透析治疗和肝病膏方是该科中医药特色治疗。

该科室人员结构合理，专业化素质较强，科研能力强，临床经验丰富，曾多次参与国家级和省级科研课题。近3年，肝病科在多种核心期刊发表论文40余篇，发表论著3部，承担国家“十一五支撑计划”项目1项，国家自然科学基金项目2项，省科研项目3项，校级科研项目3项，新药Ⅱ期临床试验3项、Ⅲ期临床试验2项，国际多中心Ⅳ期临床试验2项。





王晓忠，现为新疆医科大学附属中医医院（新疆维吾尔自治区中医院）肝病科主任，主任医师，副教授，硕士研究生导师，新疆中西医结合学会肝病学术委员会主任委员，中国中西医结合学会肝病分会青年委员，全国肝衰竭与人工肝专家委员会委员，新疆医学会感染病分会常委，新疆预防医学会理事。先后发表学术论文20余篇，作为副主编出版专著2部，主持自治区级科研课题3项，作为主要研究者参与国家级科研课题3项。

脂肪肝是良性疾病吗？

文·王迎春（大连大学附属中山医院消化内科教研室主任，硕士生导师）



问题解答专家



王迎春，大连大学附属中山医院消化内科教研室主任，硕士生导师。全国疑难及重症肝病攻关协作组全国委员，中华医学会大连传染病分会副主任委员。《临床肝胆病杂志》审稿专家，《肝博士》杂志编委。发表论文25篇，其中SCI 2篇，主编相关著作1部，参编2部。以第一责任人完成的科研项目获大连市科技进步二等奖1项，三等奖2项，擅长慢性肝病及原发性肝癌的诊治。

脂肪肝同时预示肝脏损伤和一些潜在疾病。脂肪肝的临床表现轻者无症状，重者病情凶猛，已被公认为隐性肝硬化的常见原因。很多患者体检时查出脂肪肝，却因早期症状轻微、吃喝无碍、面色红润等种种假象，因此忽视它的严重后果。为此，本刊就广大读者关心的脂肪肝的相关问题邀请大连大学附属中山医院消化内科教研室主任王迎春教授进行了解答。

很多人认为脂肪肝是一种良

性疾病，对人类健康的危害不大，不用治疗也没问题，是这样的吗？

这种观点是错误的。脂肪性肝病包括酒精性肝病（ALD）、非酒精性脂肪性肝病（NAFLD）以及特殊类型的脂肪肝，如丙型肝炎脂肪肝、药物性脂肪肝、营养不良性脂肪肝等。随着人们生活水平的提高、肥胖症和酗酒人数的增加、人口老龄化及慢性病毒性肝炎的较好控制，脂肪性肝病的发病率正在逐步增加。目前

认为，脂肪性肝病是进展为终末期肝病的主要原因。除了可导致肝炎和肝纤维化外，还可促进代谢紊乱，增加代谢综合征和2型糖尿病的发病率，并能增加心脑血管事件及恶性肿瘤的发生。

ALD发病率高，后果严重，是欧美发达国家肝病残疾和死亡的主要原因。意大利Dionysos研究显示，普通成人ALD患病率为4%。欧洲每年有7万人死于慢性肝病，4万人死于HCC，其中嗜酒引起者为1.3万。近年来，我

国居民嗜酒者及居民酒精消耗量增长迅速，ALD也已成为我国愈来愈重要的慢性肝病。

NAFLD是欧美等发达国家肝功能异常和慢性肝病最常见的原因，普通成人NAFLD患病率为20%~30%，其中非酒精性脂肪性肝炎（NASH）和肝硬化分别占10%~20%和2%~3%。随着肥胖和代谢综合征的流行，亚洲国家NAFLD增长迅速并呈低龄化趋势，中国上海、广州和香港等发达地区成人NAFLD患病率高达15%并呈进一步增加趋势。

脂肪肝是怎样形成的呢？什么样的人容易得脂肪肝呢？

脂肪性肝病属于遗传-环境-代谢应激相关性疾病，肝脏是脂类代谢的主要器官，任何干扰脂类消化、吸收、运输、分解和合成代谢的因素均可使脂肪在肝脏中过量堆积，从而引起脂肪肝。嗜酒、肥胖、糖尿病、病毒性肝炎、高脂血症、肝毒性物质接触史、长期胃肠外营养等都是主要的危险因素。

酒精性肝病的发生和发展主要与饮酒量与饮酒年限、酒精种类、饮酒方式、性别、种族与遗传易感性、营养状况、肥胖、肝炎病毒感染等相关。一般而言，平均每日摄入乙醇80克达10年以上会发展为酒精性肝硬化，短期大量饮酒可发生酒精性肝炎；啤酒或白酒比葡萄酒更容易引起酒精性肝病，饮用高度烈性酒、空腹饮酒引起肝损伤的风险更大；肥胖或体重超重可增加酒精性肝病的风险；肝炎病毒与酒精对肝脏损伤有协同作用。

尽管酒精滥用和内型肝炎病毒（HCV）感染与脂肪肝关系密切，但是包括我国在内的全球脂肪肝的流行主要与超重和腹型肥胖患病率迅速增长密切相关。中国成人超重和肥胖症预防控制指南规定成人身体质量指数（BMI） $\geq 24 \text{ kg/m}^2$ 为超重， $\text{BMI} \geq 28 \text{ kg/m}^2$ 为肥胖。与体重超重和全身脂肪含量增加相比，体内脂肪分布类型对脂肪肝的影响更为重要，腹部内脏脂肪含量增加比皮下脂肪含量增加更能反映脂肪肝的有无及轻重，腰围比BMI更能说明健康状态。中国成年男性腰围 $>85 \text{ cm}$ （女性 $>80 \text{ cm}$ ）提示存在内脏性肥胖。



脂肪肝有哪些临床特点？怎样才能知道自己有没有脂肪肝？

脂肪肝临床表现轻微，常在健康体检或因其他疾病进行肝脏影像学检查时发现。有时出现食欲减退、恶心、乏力、肝区疼痛、腹胀及右上腹压白感或胀满感等症状。肝肿大为脂肪肝的常见体征，多为轻至中度肿大、表面光滑、边缘圆钝、质地正常或稍硬而无明显压痛。

化验检查可有血清转氨酶、

碱性磷酸酶、 Γ -谷氨酰转肽酶等轻度升高，水平一般不超过正常值上限的2~4倍。血清总胆红素、白蛋白和凝血酶原时间一般正常。

脂肪肝的诊断主要靠影像学检查，超声和CT可粗略判断脂肪肝的有无及其程度。脂肪肝B超下可见致密的点状高回声，又称明亮肝；肝远场回声减弱，肝肾回声对比度加大，即肝影比肾影白；肝内管腔结构模糊不清；肝脏肿大、饱满，肝缘变钝。弥漫性脂肪肝在CT上表现为肝脏密度普遍低于脾脏、肾脏和肝内血管的密度，严重脂肪肝肝脏CT值可变为负值。CT值的高低与肝内脂肪沉积量呈负相关，因脾脏CT值常较固定，故肝/脾CT比值可用来衡量脂肪肝程度，或作为随访疗效的依据。正常肝的CT值较脾高出7~8Hu，脂肪肝时，可见脾CT值较肝还高，若肝脾CT值之比小于0.9即可诊断为脂肪肝。

有了脂肪肝之后该如何治疗呢？

脂肪肝的治疗原则为：（1）去除病因和诱因，积极控制原发疾病或伴随疾病；（2）调整饮食、纠正营养失衡；（3）坚持必要的体育锻炼以维持理想体重；（4）自我保健意识的教育以纠正不良行为，旨在维持相对正常的血脂、血糖水平以及胰岛素敏感性，促进肝内脂肪消退；（5）必要时辅以保肝、抗炎、抗纤维化类药物；（6）已发生失代偿期肝硬化患者，需要防治门脉高压和肝功能衰竭的并发症，有条件者可考虑进行肝移植治疗。

答读者问



蔡大川：医学博士，毕业于重庆医科大学，2004年获博士学位，攻读学位期间曾参与国家自然科学基金课题研究工作，毕业后在重庆医科大学附属第二医院感染科从事传染病的临床和基础研究工作。擅长病毒性肝炎、肝硬化、肝癌的诊断和治疗。

肝博士，你好！

我是一名21岁的女学生，知道自己有乙肝8年多，发病半年，2014年6月底开始打短效干扰素，当时的HBV DNA为10的8次方，转氨酶118U/L，现在打了5个月多，HBV DNA仍然是10的8次方，医生说干扰素应答不佳，改吃抗病毒药，建议恩替卡韦，另一个医生建议替比夫定和阿德福韦一起吃。我看有人推荐转成长效干扰素，或者打长效干扰素联合口服抗病毒。现在不知道接下来怎么治疗好，希望得到您的建议！

答：你提到的几个方法其实都可以应用，但是考虑到你是只有21岁的青年女性，建议可以采用长效干扰素+阿德福韦酯，但是这个方案仍有一定问题，例如长效干扰素费用很高，一年要近6万元人民币，而且一样可能出现不发生血清学转换的情况；阿德福韦酯有可能出现对肾脏的副作用，但主要出现在原本就有肾脏疾病的患者可能性大。目前用于预测干扰素治疗疗效的指标少，不可靠，但病毒指标如果像你一样高达10的8次方，干扰素的疗效是很差的。从这个角度考虑，可以考虑应用恩替卡韦抗病毒治疗，但这个药费用也比较高，国产的目前也在600元每月左右，而且要长期用药，可能的最短疗程也在2年以上。所以，你要综合考虑，建议你最好亲自来院咨询。

肝博士，你好！

我是一名36岁的男性，8个月前检查时的病毒量为10的8次方，ALT为911U/L，超声瞬时弹性成像检测结果为12.4，B超结果提示轻度脂肪肝、肝囊肿、肝内钙化灶。吃拉米夫定治疗两个月后，病毒量小于500拷贝/ml，肝功能正常。拉米夫定还在吃，但现在四肢关节、肋骨痛，头疼，有时恶心、乏力，是否与吃拉米夫定有关？现在已由“大三阳”转为“小三阳”，肝功和DNA都正常，是否有肝硬化的可能？抗病毒药应该吃多久？

答：拉米夫定治疗过程中是可能出现肌痛、关节疼痛的，这种情况下要警惕肌炎，建议你上医院检查一下血清肌酸激酶。由“大三阳”转为“小三阳”，肝功和DNA都正常，则发生肝硬化的可能性大降低了，但不能保证不出现肝硬化的。对于HBeAg阳性（即“大三阳”）的病人，根据已有的研究资料，建议应用拉米夫定治疗至少1年，且在治疗后发生HBeAg血清转换（即HBeAg转阴、抗-HBe阳性），HBV DNA转阴，ALT正常，经过连续2次至少间隔3个月检测确认疗效巩固，可考虑终止治疗。所以基本上疗程至少应该是在2年或更长。

肝博士，你好！

我现在是一名32岁的男性。初中时发现乙肝病毒携带；高中时为“大三阳”，肝功能正常，胡乱吃了一些中成药；大学期间没吃什么药，肝功能也一直正常。2007年肝功能出现异常，病毒量最高的时候10的8次方，吃了一些不知名的药降酶，肝功能正常后便停药了。2014年体检发现肝功能异常ALT、AST均180 U/L左右，再去看医生，再检查ALT、AST均230 U/L左右，HBV DNA10的6次方。医生建议我抗病毒。我很担心抗病毒，好的结果可以成功停药，不好的话需要长期服药，所以当时我说还是观察看看吧。过了1个月再检查，ALT、AST仍均230 U/L左右，我有点动摇了，但是自己内心还是比较抗拒。于是又过了1个月，再去检查，结果是ALT18.4 U/L，AST19 U/L。两个月后再查肝功和DNA结果ALT13 U/L，AST22 U/L，HBV DNA小于10的3次方。两对半定量结果是表面抗原小于180 IU/ml，e抗体 0.6 S/CO，核心抗体9.7S/CO。我这个是抗原转阴了么？需要治疗吗？还有什么需要注意的吗？

答：你这种情况应该是属于机体自身的免疫力把病毒给暂时抗下去了，请注意，只是暂时。因为慢性乙肝患者对乙肝病毒的免疫力是不完整的，所以要通过自身免疫力来完全清除乙肝病毒的机会是很小很小的。目前你可以暂时不用治疗，定期检查上述指标就好，但要注意，不是每次你都可以过关，而且反复发生的肝炎将导致发生肝硬化的概率大大增加。

肝博士，你好！

我今年30岁，乙肝“大三阳”10年，转氨酶一般在80 U/L左右，也没怎么理会。去年年

初检查，“大三阳”转为了“小三阳”，但是转氨酶升高到了ALT 400 U/L，AST 200 U/L，有一点点总胆红素的升高。吃了几个月中草药，期间转氨酶200 U/L到300 U/L之间波动。于是去医院检查，结果HBV DNA为10的6次方，ALT 300 U/L，AST 200 U/L，总胆红素21.7 μmol/L。医生开了肝苏胶囊、甘草酸二胺肠溶、五脂片，吃了一个星期后复查：ALT 193 U/L，AST 253 U/L，总胆红素30.4 μmol/L。医院建议住院，但因为家里有事，也没法住院。我这种情况是不是需要住院啊？这几种药感觉也没什么效果，还需要一直吃吗？

答：你这种情况有可能出现病情的进一步加重，故而医生要求你住院，当然，如果病情不进一步发展，可以不用住院。你的情况还是属于慢性乙肝，因为肝功能反复异常，病毒量较高，还是建议你考虑抗病毒治疗，你所提到的这几种药都只有保肝降酶的作用，自然疗效不好。

肝博士，你好！

我的乙肝病毒应该是母婴传播造成的，1年半以前医院检查，转氨酶300 U/L多，HBV DNA10的7次方，“大三阳”，医生建议我抗病毒治疗，于是开始服用博路定。现在肝功正常，HBV DNA小于10的3次方，乙肝五项后两项阳性，“小三阳”。目前继续服用博路定，因为考虑之后怀小孩，医生建议干扰素治疗。请问，我现在的情况适合干扰素吗？干扰素有什么副作用，干扰素与博路定相比有什么不一样？我这种情况有没有停药的可能性？会影响我怀小孩吗？

答：因为你使用恩替卡韦（博路定）抗病毒治疗才一年半，目前使用干扰素属于转换治疗，理论上是可以用的，但一样可能在停用恩替卡韦后即使继续使用干扰素仍会出

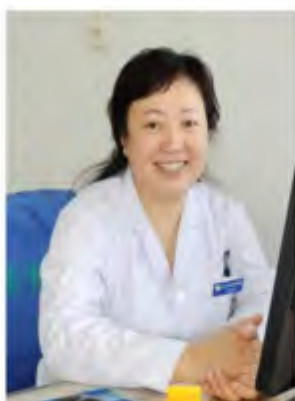
现病情反弹，所以你要小心。干扰素与博路定相比较有很大的不同，它是注射用药，其最大特点是疗程较短（一般在1年左右）、疗效较好（一般在40%左右）、出现血清学转换的概率较高、如果有效疗效较稳定增长、不易出现停药后即出现病情反复。干扰素的不良反应主要有：（1）全身反应主要表现为流感样症状，即寒战、发热和不适。但随着疗程延长，发热可逐渐减轻，一般7天后可停止发热。（2）骨髓抑制：在用药中可出现白细胞、血小板和网状红细胞减少。（3）局部反应：部分患者在注射部位可出现红斑，并有压痛，24小时后即可消退。（4）其他：脱发、皮疹、血沉加快、嗜睡、一过性肝损伤。你这种情况有停药的可能性，比较可行的治疗终点是获得持续的病毒学应答：HBV DNA抑制、谷丙转氨酶（ALT）复常和乙型肝炎e抗原（HBeAg）阴转，但目前只有部分病例可达到此状态；更现实，即更容易达到的终点就是病毒抑制：HBV DNA复抑制和ALT复常。依目前的情况，肝脏情况不影响你怀小孩，但一旦停药就很难说了。

肝博士，你好！

我今年28，男。06年查出“大三阳”，06年到11年一直是“大三阳”、肝功能正常，什么药都没吃。2012年12月底查肝功能时，发现胆红素偏高，ALT、AST正常，HBV DNA 10的6次方，没吃药。2013年8月初，胆红素仍然偏高，ALT轻度升高，AST正常，HBV DNA 10的7次方，B超正常。没吃药，医生叫一个月后复查，复查结果：ALT、AST正常，但胆红素依然高，还是没有吃药。2014年8月检查，结果胆红素基本正常，ALT 89U/L，AST 55U/L，HBV DNA 10的6次方，B超正常。医生开了苦参素片和复方益肝灵胶囊，吃了1个月没去复查。2014年12月再去检查，胆红素升高，

ALT 165 U/L，AST 103 U/L，HBV DNA、B超都没有做。医生开了复方甘草酸苷片和复方益肝灵胶囊，说两周后复查。我现在有几个问题想请教：2014年8月份那个医生说吃完他开的1个月药后就复查，如果ALT还是没有降下来，就可以抗病毒治疗了。可是12月份这个医生说，我现在这个状况，需再观察半年（每个月查1次肝功能），如还是没降下来，再抗病毒。我现在都不知道要听谁的了，我该什么时候抗病毒？抗病毒方案怎么样选择？

答：你的病情是在变化之中的，慢性乙肝一旦开始抗病毒治疗，都是一个费钱费时、病人吃苦的过程，自然医生会尽量多观察，不到万不得已，不会上药治疗，这方面，医生有自由裁量权。你该什么时候抗病毒要医生根据你的历史和当时的情况来决定。尽管过去了二十年，慢性乙肝的抗病毒治疗有了长足的进步，但不论是干扰素还是以拉米夫定为代表的核苷（酸）类似物，对大多数的患者而言，只能是抑制病毒的复制，而不能彻底清除病毒，从而彻底解决乙肝问题。因此，慢性乙型肝炎的总体治疗目标是：最大限度地长期抑制或消除HBV，减轻肝细胞炎症坏死及肝纤维化，延缓和阻止疾病进展，减少和防止肝脏失代偿、肝硬化、肝癌及其并发症的发生，从而改善生活质量和延长存活时间。要达到上述目标，干扰素和以拉米夫定为代表的核苷（酸）类似物是我们使用的主要药物，干扰素优点为疗程较短，总体费用较低，如果有效，疗效较稳定，停药后出现反弹较少且反应轻，但有适应人群有限、注射给药导致使用不便、副作用较多等缺点；而以拉米夫定为代表的核苷（酸）类似物则有口服用药、每日一次、副作用相对少等优点，但也有缺点，如最少疗程也在二年，实际上可能更长，三五年，七八年都有可能。总体费用较高。停药后易出现反弹，甚至病情急剧恶化。具体选择哪一种治疗方案要你亲自到院咨询，商量后才有结果。



孟庆华

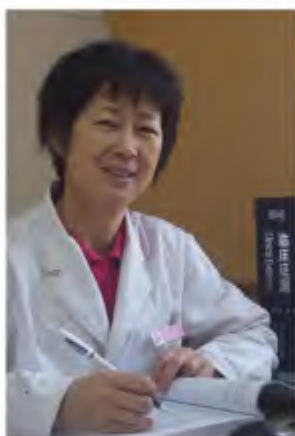
主任医师，教授，现任首都医科大学附属北京佑安医院重症肝病科主任。

专业专长：1. 肝病相关诊疗；2. 常见感染性疾病诊疗

咨询方式：门诊时间：周一上午、周三下午

人物简介：兼任中华医学会感染性疾病学会常务委员兼秘书；中华医学会北京分会肠外内营养专业委员会常委；中华医学会科学技术咨询委员会专家；中国医师协会感染科医师分会常务委员、北京分会副会长；卫生部疾病预防控制中心专家委员会传染病防治分委会委员；北京市医疗事故技术鉴定委员会专家；中央保健局、北京市保健委员会特聘保健会诊专家；全国疑难及重症肝病攻关协作组全国委员；《世界华人消化杂志》《中华传染病杂志》《首都公共卫生》《临床肝胆病杂志》《中华感染病学杂志》等编委。对各种常见传染病及各型病毒性肝炎、酒精性肝病、自身免疫性肝病及与肝病相

关的疑难病例有较强的诊疗能力；在慢性肝炎、肝硬化、肝癌及肝移植术后的抗病毒治疗方面突出体现个体化；各型肝炎患者的营养支持治疗处于国内领先水平。参编传染病教材，参与和主持国家级及市级科研项目，并获得多项科技成果奖。



陈红

主任医师，教授，硕士研究生导师，现就职于兰州大学第一医院感染科。

专业专长：1. 各类肝病；2. 传染病

咨询电话：18919882978

咨询邮箱：chenhong1956@126.com

人物简介：兼任全国疑难及重症肝病攻关协作组全国委员；中华医学会第八届感染病学分会全国委员；中国医师协会第一届、第二届感染病学分会常务委员；《中华传染病杂志》第七届编辑委员会编辑委员；《临床肝胆病杂志》第十四届编辑委员会编辑委员；《中国肝脏病杂志》编委；《中华实验和临床感染病杂志》编委；甘肃省传染病学会委员。侧重慢性乙、丙肝的抗病毒治疗、慢性乙肝母婴垂直传播阻断、提供肝移植有关内容、重症肝炎的特色治疗、肝硬化失代偿的特殊治疗咨询和各种传染病的诊断及治疗。



赵彩彦

主任医师，教授，博士生导师，现任河北医科大学第三医院感染科主任。

专业专长：1. 传染病学；2. 肝脏病学

咨询电话：13313012898

咨询邮箱：zhaocy2005@163.com

人物简介：兼任中华医学会感染病学分会委员；河北省传染病质控中心主任；河北医科大学第三医院东院副院长；享受国务院特殊津贴；河北省有突出贡献的中青年专家；河北医科大学传染病教研室主任；河北省医师协会感染科医师分会主任委员；河北省感染病学会候任主任委员；兼任《中华肝脏病杂志》《中华临床感染病杂志》《中国病毒病杂志》《临床肝胆病杂志》《中国实用内科杂志》《实用肝脏病杂志》《临床荟萃》等多家杂志编委，发表中英文论文200余篇，培养博硕士研究生40余名。



吕美德

教授，主任医师，就职于吉林大学第一医院感染病诊治中心。

专业专长：1. 各型肝炎的防治 2. 国内常见传染病的诊治

咨询邮箱：meidl1931@163.com

咨询网址：lvmeide.haodf.com

人物简介：1954年毕业于长春第一军医大学，从事肝病及传染病与寄生虫病的医疗、教学、科研工作近60年。1981-1983年曾任白求恩医科大学第一临床学院传染科主任、1983年-1986年曾任白求恩医科大学第一临床学院院长，1986-1994任白求恩医科大学副校长，吉林省肝病研究所所长，硕士研究生导师。“曾任中华医学会传染病与寄生虫病学分会第二、三、四、五届委员；吉林省及长春市传染病学分会数届主任委员、顾问。”

1990年获国家教育委员会全国先进工作者光荣称号。1991年获吉林省有突出贡献的中青年专业技术人才称号、省英才奖章获得者，1992年享受国务院政府特殊津贴。2009年获国家卫生部全国卫生应急先进个人荣誉称号。近年来主要从事各型肝炎的临床诊疗工作，目前担任医院肝胆病专家和特诊门诊，病区查房及感染病疑难病例会诊工作。



陈悦

主任医师，教授，湖北省十堰市太和医院肝病中心科主任。

专业专长：1. 肝病；2. 感染性疾病

咨询电话：13339855618

咨询邮箱：cyue63@126.com

人物简介：兼任湖北省肝病学会副主任委员；湖北省感染病学会常务委员；湖北省十堰市感染病学会主任委员；全国疑难及重症肝病攻关协作组全国委员。长期从事肝病和感染病临床科研教学工作，主编62万字《肝脏疾病诊疗进展》一部，发表学术论文30余篇，获得教育部、卫生部、湖北省科技进步奖4项。